

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Arno HECTOR

Né le 27 novembre 1906, à Sarrelouis
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES

TUMEURS LYMPHATIQUES PRIMITIVES

ET

LOCALISÉES DU TUBE DIGESTIF

SOUS-DIAPHRAGMATIQUE

Président : M. DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Arno HECTOR

Né le 27 novembre 1906, à Sarrelouis
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES

TUMEURS LYMPHATIQUES PRIMITIVES

ET

LOCALISÉES DU TUBE DIGESTIF
SOUS-DIAPHRAGMATIQUE

Président : M. DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZA D.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
ÉCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES HECTOR

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. MOULONGUET-DOLÉRIS

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Maison Municipale de Santé

*Qui m'a inspiré ce travail et m'a aidé
constamment de ses précieux conseils.
Hommage de respectueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1929. MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Externat :

1931. MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER
1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Externat en Premier :

1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Internat :

1935. MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICHARD
1936. MONSIEUR LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE
1936-1937. MONSIEUR LE DOCTEUR A. BAUMGARTNER
1937-1938. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE
1938. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOU-
LONGUET-DOLÉRIS
1939. MONSIEUR LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HOVELACQUE

Chef des travaux anatomiques de la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Professeur d'Anatomie pathologique de la Faculté

A MES CHEFS MILITAIRES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL MATHIEU

Médecin-directeur de la 16^e Région

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAUDESCAL
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
BANZET, PATEL et RAVINA
Chirurgiens et Accoucheurs des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
DELAHAYE, MOZER (*in memoriam*), DOUAY,
PÉRARD, H. R. MARTIN, BAUMANN

A MES CONFÉRENCIERS
MESSIEURS LES DOCTEURS FAUVERT, R. A. SCHWOB,
J. BERNARD, MAËS, A. DUFOUR, JOURDAN
POSTEL (*in memoriam*)

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
JACQUES ARNAUD, H. JOLY, KRUG, LAURET,
LANDRIEU, CL. MONNIER, OFFRET, SUZANNE PICARD
A TOUS MES AMIS

LES TUMEURS LYMPHATIQUES PRIMITIVES ET LOCALISÉES DU TUBE DIGESTIF SOUS-DIAPHRAGMATIQUE

AVANT-PROPOS

Qu'il me soit permis, avant d'entrer dans le vif de mon sujet, d'exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui m'ont apporté leur aide pour ce travail.

Avant tout, c'est à mon Maître, le Professeur agrégé Moulonguet que je dois et l'inspiration du sujet et une grande partie de ma documentation. Le meilleur de ce travail vient de lui.

En second lieu, je ne saurai assez remercier tous ceux qui avec amabilité ou bienveillance m'ont fourni des documents et les renseignements indispensables :

En premiers, Monsieur le Professeur Hartmann, Monsieur le Professeur Mocquot.

Messieurs les Docteurs Baumgartner, Deniker, Desplas, de Gaudart d'Allaines, Braine et Michon.

Messieurs les Docteurs Caby, Jourdan, Eltrich, Charleux, Oulié.

Les Docteurs Chevillon, Gasne et Dobkewitch, le Docteur Gricouroff, qui très aimablement ont mis à ma disposition les coupes dont ils disposaient.

Que chacun d'eux veuille trouver ici l'hommage de ma gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

LES TUMEURS LYMPHOÏDES

Définition.

Par tumeurs lymphatiques nous entendons les tumeurs développées aux dépens du mésenchyme lymphopoïétique, et plus particulièrement des centres germinatifs échelonnés dans la sous-muqueuse du tube digestif.

Nous étudierons d'abord et surtout les tumeurs lymphoïdes : lymphosarcomes, lymphocytomes et — blastomes.

Nous n'avons trouvé par contre que bien peu d'observations de plasmocytomes et de tumeurs réticuloendothéliales. Parmi celles-ci toutefois, nous consacrerons un chapitre plus important au granulome hodgkinien. Certaines parentés anatomopathologiques entre celui-ci et les tumeurs lymphoïdes nous autorisent à cette confrontation ainsi que l'incertitude où nous sommes toujours sur la place nosologique définitive qui revient à la maladie de Hodgkin.

En limitant notre étude au tube digestif sous-diaphragmatique, nous avons éliminé non seulement les tumeurs des amygdales et celles plus rares de l'œsophage, mais aussi les tumeurs mésentériques.

Ce faisant nous avons obéi à des préoccupations chirurgicales : déterminer en effet si ces tumeurs réputées extrêmement malignes sont oui ou non au-dessus de la thérapéu-

tique chirurgicale, et accessoirement radiologique : telle sera notre principale et constante arrière-pensée.

C'est à cette même préoccupation que nous avons obéi en ne retenant que les observations de tumeurs primitives et apparemment localisées du tractus gastro-intestinal ; nous avons écarté ainsi celles apparues au cours d'une leucémie, d'une lymphadénie diffuse, celles accompagnées de métastases viscérales ou de métastases ganglionnaires rétropéritonéales inabordables pour le chirurgien. Nous avons éliminé de même les tumeurs à trop grande extension locale, les formes diffuses.

Historique.

L'histoire de nos connaissances sur les néoplasies lymphatiques en général remonte au milieu du siècle dernier.

Alors qu'en 1847, Hugues Bennet découvrit les « leucocythémies », Virchow distingua déjà les adénopathies avec état leucémique des adénopathies sans leucémie ; il appela « lymphosarcome » l'hypertrophie simultanée des ganglions et de la rate (1863).

Leucémies et « pseudo-leucémies » (le terme est de Conheim, 1869) ne furent d'ailleurs pas classées dans les tumeurs dès ce moment. Alors que Langhans (1880) soutint la thèse néoplasique, d'autres en firent des syndromes infectieux ; certains défendirent leur étiologie tuberculeuse.

En 1889, Besançon et Griffon décrivirent sous le nom de « lymphadénome métatypique » une tumeur désignée actuellement sous le nom de sarcome lymphoblastique.

En 1893, Kundrath isola « une lymphosarcomatose digestive régionale » sans état leucémique. « Les lymphosarcomes sont à séparer des sarcomes, écrit-il, et ne sont même pas à ranger dans le cadre des néoplasmes au sens étroit du mot. Ce ne sont pas des tissus atypiques d'apparition spontanée en un ou plusieurs foyers qui se multiplient par métastases, mais plutôt des infiltrations issues de ganglions, de follicules clos, de formations adénoïdiennes, d'apparition et d'expansion régionales, le long des voies lymphatiques. La propagation par voie sanguine est bien plus secondaire. Ils se rapprochent plus de la pseudo-leucémie que des sarcomes... Ce sont pour les chirurgiens des *noli me tangere*. »

A partir de cette date, les publications de tumeurs lymphatiques digestives se multiplient.

Lecène groupa dans sa thèse (1903) sur « les tumeurs primitives du grêle » 84 sarcomes dont 38 globocellulaires et 21 lympho-sarcomes. La plupart d'entre elles étaient des diagnostics d'autopsie. Presque toutes les opérations entreprises — sur 18 globo-cellulaires et 6 lympho-sarcomes — ne furent qu'exploratrices ou palliatives, et d'ailleurs presque toutes suivies d'une mort rapide. En 1904 avec Petit, Lecène entreprit l'étude des « sarcomes primitifs de l'estomac ». Sur 57 observations, 10 étaient des sarcomes globocellulaires et 5 des lympho-sarcomes. Sur ces 15 cas, 11 présentaient un envahissement ganglionnaire régional. Peu nombreuses étaient les métastases signalées. 5 résections radicales furent entreprises, dont une suivie de mort post-opératoire, une autre de récurrence au bout de trois mois, 2 de guérison maintenue au bout d'un an.

Aujourd'hui, la littérature compte plus de 350 tumeurs lymphatiques de l'estomac et plus de 400 intestinales. Le tiers, si ce n'est la moitié, ont été opérées. Quelques résultats remontent à 10 et 20 ans.

En somme, leucémie, lymphadénie aleucémique, lymphosarcomatose régionale, tumeur lymphatique localisée : telles sont les 4 étapes de l'histoire nosologique, tels sont aussi les chaînons qui unissent, dans le cadre des néoplasies malignes lymphoïdes, la leucémie, cancer du sang circulant, à la tumeur localisée et isolée, par l'intermédiaire de syndromes tumoraux systématisés plus ou moins diffus. Cette parenté entre leucémie, lymphadénie et lymphosarcome bien différents entre eux pourtant en clinique est actuellement un fait acquis, non seulement grâce aux travaux histologiques, mais aussi grâce à la médecine expérimentale : le cancer des souris transmis par le goudron, par les radiations, le cancer des gallinacés, maladie infectieuse à virus filtrant, sont en effet des néoplasies lymphoïdes, et suivant les conditions de l'expérimentation, par la mise en œuvre d'un véritable tropisme, on arrive à déclencher à volonté chez ces animaux soit une leucémie, soit un lymphosarcome.

Délimitation des problèmes, nature de la documentation, exposé des méthodes suivies.

Les problèmes que soulèvent les tumeurs lymphatiques du tube digestif sont de deux ordres :

histologique,
thérapeutique.

Au point de vue histologique d'abord, leur conception et leur classification ont considérablement évolué depuis les doctrines classiques, celles de Letulle et celle de Lecène, sans que d'ailleurs, aujourd'hui, l'unanimité soit faite, ni sur la terminologie, ni sur les définitions.

Dans les travaux de Lecène, aussi bien que dans ceux de Letulle, les tumeurs considérées actuellement comme lymphatiques sont traitées en trois chapitres différents :

sarcome globocellulaire,
lymphadénome (lymphocytome de Ribbert),
lymphosarcome.

Selon cette conception, sarcomes globocellulaires et tumeurs lymphatiques vraies se distinguent entre eux par la trame réticulaire qui, dans les premiers est pratiquement inexistante, réduite à l'état de substance inter-cellulaire amorphe et qui, au contraire, est nette, précise et fine dans les secondes.

Lymphadénomes et lymphosarcomes se différencient par la morphologie cellulaire : assez uniforme et régulière dans les premiers, extrêmement polymorphe et souvent mons-

trueuse dans les seconds. Ils se distinguent aussi, au point de vue évolutif, par la tendance envahissante et ulcérannte des lymphosarcomes qui pénètrent les vaisseaux et érodent la peau, alors que les lymphadénomes ne franchissent pas la barrière des capsules ganglionnaires, ne présentent ni adhérences ni envahissements, ni ulcérations. D'une moindre malignité locale, ces lymphadénomes sont cependant des tumeurs très malignes par leur propagation aux organes lymphoïdes voisins et leurs métastases. Le chapitre des lymphosarcomes n'est d'ailleurs pour Letulle qu'un chapitre d'attente.

Ces notions classiques sont à remanier sur trois points :

D'abord, on n'admet plus la distinction entre tumeurs lymphatiques et sarcomes globocellulaires. L'étude comparée des tumeurs malignes a montré en effet le rôle secondaire du stroma et ses variations parfois importantes à l'intérieur des espèces tumorales les plus indiscutablement homogènes.

En second lieu, une classe nouvelle de tumeurs d'origine lymphatique a été définie et étudiée en France par le mémoire d'Oberling, à l'étranger par Ewing : les réticulosarcomes. Certains des aspects multiples réalisés par ces sarcomes des cellules fixes, réticulaires, se rapprochent à tel point des tumeurs lymphatiques que leur séparation est délicate. Aussi a-t-on pu soutenir qu'entre ces deux catégories de tumeurs il y avait une différence non de souche cellulaire, mais de dédifférenciation tumorale.

En troisième lieu, enfin, un sous-chapitre histologique nouveau a été créé à l'intérieur des tumeurs lymphatiques : celui des tumeurs lymphoblastiques. De même, la catégorie bien plus secondaire des plasmocytomes est à mentionner dans cet ordre d'idées.

Sur ces trois faits nouveaux tablent les classifications récentes, très diverses entre elles pourtant, qui ont pour autre caractère commun la suppression du terme de lymphosarcome jugé imprécis et confus.

La classification de MASSON d'abord se base sur la distinction, un peu paradoxale, entre tumeurs lymphoïdes hyper-

plasiques et tumeurs lymphoïdes néoplasiques. Les premières envahissant un organe lymphoïde en entier, en suppriment complètement la structure folliculaire, les cordons, les sinus et lui substituent un tissu uniforme fait d'un réticulum délicat, normal, à cellules pâles, et de cellules lymphatiques incluses dans ses mailles : lymphoblastes, lymphocytes et macrophages. Il s'agirait d'un processus hyperplasique du ganglion tout entier ayant tendance à la diffusion régionale, puis générale, à l'intérieur du système adénoïdien.

Les secondes au contraire proviendraient d'une prolifération autonome et indéfinie des cellules lymphoïdes, sans formation réticulaire; elles se propageraient par envahissement local, par métastase ganglionnaire ou viscérale.

Les tumeurs hyperplasiques ou lymphadénomes se subdiviseraient suivant la prédominance cellulaire en lymphoblastomes et lymphocytomes.

Les tumeurs néoplasiques sont désignées sous le terme de sarcome lymphoblastique.

GERY et BABLET introduisent une classe de tumeurs intermédiaire entre les réticulosarcomes et les sarcomes lymphoblastiques : le sarcome dictyocytaire ; ils subdivisent ensuite les sarcomes lymphoblastiques en lymphocytaires et lymphadénoïdiens suivant qu'ils réalisent un aspect de tumeur purement cellulaire ou qu'ils comportent une structure en centres germinatifs.

ARDOIN, de son côté, distingue dans le cadre des tumeurs lymphatiques malignes trois catégories : le sarcome lymphocytaire, le sarcome lymphoblastique et le lymphosarcome atypique.

EWING, par contre, défend une conception toute différente, actuellement partagée par un grand nombre d'histologistes anglo-américains. Pour lui (*Neoplastic diseases*, 1929, p. 1093) « le lymphosarcome doit être distingué des autres tumeurs lymphatiques par sa puissance destructive et par ses métastases vraies dans différents organes qui débute par une chaîne ganglionnaire unique. Il comprend deux variétés : 1° Le sarcome à cellules réticulaires, sarcome à grandes cellules rondes, à point de départ réticu-

laire ; 2° Le lymphocytome malin à point de départ lymphatique.

MINOT et ISAACS englobent même sous le terme générique de lymphosarcome, en même temps que les tumeurs lymphatiques localisées, les lymphadénies et la maladie de Hodgkin : c'est un retour à Virchow.

Cette multiplicité d'opinions s'explique en réalité par la grande complexité et la diversité des aspects histologiques des tumeurs lymphatiques ; fait qui leur est commun avec les autres tumeurs conjonctives. Il est vraisemblable d'ailleurs que ces classifications sont destinées à être remaniées dans un avenir prochain.

En pratique, il en résulte une grande difficulté dans l'interprétation de la variété histologique de chacun des cas publiés. La grande majorité de ceux-ci porte l'étiquette de « lymphosarcomes », quelques-uns de « tumeurs à cellules rondes », d'autres de « lymphocytomes » ou de « sarcomes lymphoblastiques ». Dans l'ignorance où nous sommes des bases doctrinales qui, dans chaque cas particulier, ont présidé à ces dénominations, nous sommes obligés de donner à chacune d'elles une signification très large et imprécise et de juxtaposer les observations cliniques les unes aux autres sans égard pour leur diagnostic histologique précis, à la seule condition qu'il s'agisse de tumeurs lymphatiques.

C'est qu'en effet cette étude se base sur deux ordres de documents :

D'une part, les publications françaises, anglo-américaines et allemandes, qu'il s'agisse d'études d'ensemble ou d'observations détaillées de cas isolés. Parmi elles, nous avons cherché surtout celles qui ont paru dans les dix dernières années et retenu celles qui se rapportent à des cas traités par résection chirurgicale. Mais surtout, nous nous sommes attachés, dans la mesure des possibilités matérielles mises à notre disposition, de recueillir toutes les observations parues jusqu'à ce jour dans lesquelles il soit fait mention de résultats lointains. Cette première partie de notre documentation comprend plus de 150 observations détaillées.

La deuxième partie se base sur 17 cas, les uns déjà publiés mais sans notion de survie, les autres entièrement inédits. Nous possédons les coupes histologiques de 12 d'entre eux. Sous la direction de notre Maître Moulonguet, nous avons comparé celles-ci les unes aux autres en les traitant systématiquement par des colorations diverses : hémateine-éosine, Pappenheim, Mallory et Leydau ; nous avons confronté les divers aspects histologiques ainsi obtenus avec les résultats opératoires chez les uns et les constatations anatomocliniques chez les autres. Le petit nombre de cas ainsi étudiés nous permet peut-être d'être affirmatifs sur certains points précis, mais non de prétendre aboutir à des conclusions détaillées, définitives et complètes sur toutes les tumeurs lymphatiques du tube digestif. Les détails histologiques de cette étude, non encore complètement au point, vont être repris dans un travail ultérieur.

Cette double documentation nous permettra de répondre en gros aux problèmes chirurgicaux : c'est qu'en effet les tumeurs lymphatiques d'une manière générale semblent, selon l'opinion courante, au-dessus de la thérapeutique chirurgicale. En ce qui concerne plus particulièrement les tumeurs lymphatiques du tube digestif, Leveuf, interprétant d'ailleurs une opinion généralement répandue, a pu écrire récemment encore « malgré quelques rares succès, la haute malignité des tumeurs lymphoblastiques reste indiscutable. Une impression très pessimiste se dégage de cet ensemble, et nous ne sommes pas éloignés de croire que ces lymphosarcomes sont pratiquement au-dessus des ressources chirurgicales habituelles, du fait même de leur nature biologique ».

A l'opposé, de nombreux auteurs américains, en particulier Hunt, Collins et Carmody vont jusqu'à dire que « le pronostic éloigné des lymphosarcomes digestifs opérés est meilleur que celui des cancers, en dépit de leur grande malignité biologique ».

Dans les premiers chapitres nous étudierons, dans l'ensemble, les circonstances d'apparition et les caractères anatomocliniques de ces tumeurs lymphatiques.

Dans un deuxième groupe de chapitres nous détaillerons, dans des monographies succinctes, les aspects anatomo-cliniques des tumeurs gastriques duodénales, jéjunoiléales, iléocæcales, coliques et rectales, tels qu'ils ressortent et de nos observations personnelles et des cas publiés. Ne pouvant exposer en détails toutes les observations qui nous ont paru intéressantes, nous en résumerons un grand nombre au cours de cette étude en ne réservant pour la fin que nos seules observations personnelles.

Dans un troisième groupe, nous étudierons les possibilités évolutives de ces tumeurs ainsi que les résultats opératoires des tumeurs lymphatiques prises dans l'ensemble en les mettant en parallèle avec leurs aspects macroscopiques ; ensuite en ce qui concerne nos propres observations, nous confronterons ces résultats avec les aspects histologiques de chacune des tumeurs.

Circonstances d'apparition.

Les tumeurs lymphatiques du tube digestif sont des tumeurs *rare*s. Elles représentent :

- 2 % des tumeurs de l'estomac,
- 40 à 60 % des tumeurs malignes du grêle elles-mêmes peu fréquentes,
- 1 % des tumeurs du côlon et du rectum.

Par rapport aux autres localisations lymphatiques, ces tumeurs du tube digestif paraissent moins répandues que les tumeurs ganglionnaires (aussi bien celles des ganglions cervicaux que périphériques ou médiastinaux), moins répandues que celles des amygdales, davantage que celles de la rate, du pancréas, du sein, etc... (Letulle)

Le sexe masculin est beaucoup plus souvent touché que le féminin, dans une proportion de 7/10 environ (d'Aulnoy et Zoeller).

L'âge moyen de ces tumeurs, plus jeune que celui des cancers, se localise entre 25 et 60 ans. Il a été évalué d'une manière plus précise à 41 ou 43 ans. Chez l'enfant de 4 à 12 ans, les tumeurs intestinales sont loin d'être exceptionnelles. Elles peuvent s'observer à tout âge : chez le nouveau-né et jusqu'à 83 ans, des observations en signalent.

Quant aux sièges d'élection de ces néoplasmes digestifs c'est le vestibule pylorique et la région iléocœcale, plus accessoirement le rectum, là où les tissus adénoïdiens sont particulièrement développés dans les tuniques intestinales. Ce qui frappe toutefois c'est leur rareté au niveau de l'appendice. Nous n'avons trouvé aucune observation de tu-

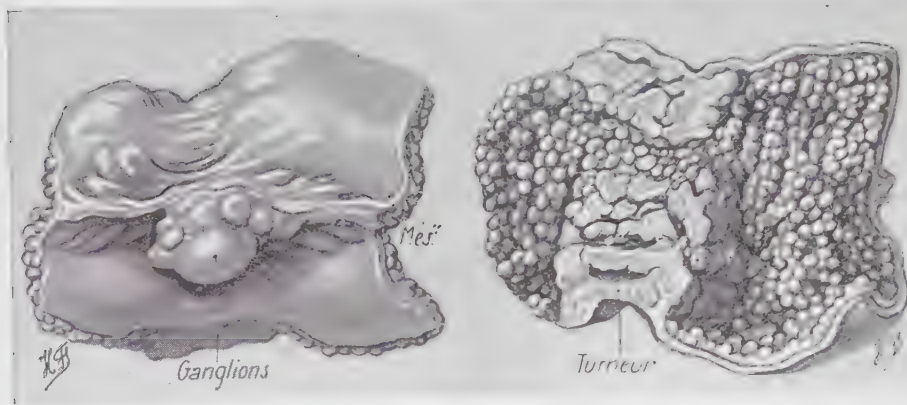
meurs lymphatiques localisées sur le diverticule de Meckel.

Parmi les circonstances favorisantes, les auteurs allemands et anglais font une grande place aux traumatismes. Des contusions abdominales sont en effet assez souvent notées (Jones et Carmody).

Des infections subaiguës ont parfois semblé préparer le terrain : l'ulcère gastrique ou duodéal (Finsterer), la dysenterie amibienne, le rétrécissement vénérien du rectum (Hillemand) ont pu, en les précédant, en masquer le début. La fièvre typhoïde est assez souvent notée dans les antécédents. Certains auteurs font une mention spéciale de la tuberculose : des observations de coexistence de lésions bacillaires intestinales cicatricielles (Nothnagel) ou même évolutives (Roentschler) ont été rapportées. Souvent les auteurs étrangers font état d'une lésion simultanée d'un sommet pulmonaire en général sclérosée dans le bilan des malades atteints d'une tumeur lymphatique. Cette association morbide, quoique nullement habituelle, est intéressante quand on la compare à celle indéniable qui existe entre la tuberculose et la leucémie lymphoïde et celle d'une très grande fréquence qui unit au bacille de Koch la maladie de Hodgkin.

DEUX VARIÉTÉS MACROSCOPIQUES.

I. — Tumeur à développement interstitiel.



Tumeur annulaire sténosante, pas très volumineuse, de l'iléon.
A noter le gonflement tumoral des villosités (cas Deniker, obs. 9).

II. — Tumeur en plaque à développement intra-intestinal.



Tumeur arrondie en plaque, intéressant les couches internes de l'iléon, saillante dans lumière intestinale, chez garçon de 11 ans, révélée par invagination. Noter, au-dessus de la tumeur, un gonflement tumoral des villosités analogue à celui de la figure précédente (obs. 8, cas Moulonguet).

Anatomie pathologique.

A. — Aspects macroscopiques.

Les tumeurs lymphatiques se présentent comme des épaississements interstitiels d'un segment du tube digestif. Cet épaississement peut être continu, faire tout le tour de l'intestin (fig. 1) : forme annulaire, ou bien il constitue des plaques arrondies : forme polypoïde (fig. 2).

Souvent sur cette infiltration en nappe se greffent des flots d'expansion secondaire réalisant un aspect multinodulaire, bosselé qui est assez particulier à ces tumeurs. Cet aspect bosselé peut se voir soit sous la séreuse péritonéale, soit par la face muqueuse, l'intestin une fois ouvert.

Vues par la face péritonéale, ces tumeurs se signalent non pas tant par une modification de l'aspect extérieur de l'intestin, mais par une augmentation de volume quelquefois considérable qui peut aller assez souvent même jusqu'à réaliser la taille d'une tête d'adulte. Cette augmentation de volume est en réalité faite de deux éléments : épaississement de la paroi intestinale d'une part (cet épaississement peut être profond de 2 et jusqu'à 4 centimètres). Il est fait, d'autre part, de la béance de la lumière intestinale que ces tumeurs transforment en un tube rigide.

Vues par la face muqueuse, des aspects divers peuvent encore se présenter : L'ulcération est fréquente quoique nullement constante. Elle siège au centre de la tumeur. Ses bords sont saillants, éversés, à limite nette. Leur fond est quelquefois creusant, uni, non bourgeonnant, recouvert de débris tissulaires.

A défaut d'ulcération vraie, on peut observer des exulcérations : la muqueuse est comme abrasée, remplacée directement par le tissu tumoral.

Enfin, sans qu'il y ait ulcération, le revêtement muqueux intact peut être atrophié, avec une modification de la couleur normale.

Souvent, la présence de la tumeur n'est signalée que par des formations nodulaires qui soulèvent la muqueuse, ou encore par un épaississement des plis, par une accentuation du vallonement. Enfin, nous avons observé un aspect très particulier lié au gonflement tumoral des villosités intestinales ; la muqueuse apparaît comme hérissée de papilles (voir fig. 1).

D'ailleurs, ces aspects multiples se juxtaposent très couramment ; et autour de l'ulcération on observe soit des nodules, soit un épaississement des plis de la muqueuse, soit cet aspect d'épaississement des villosités.

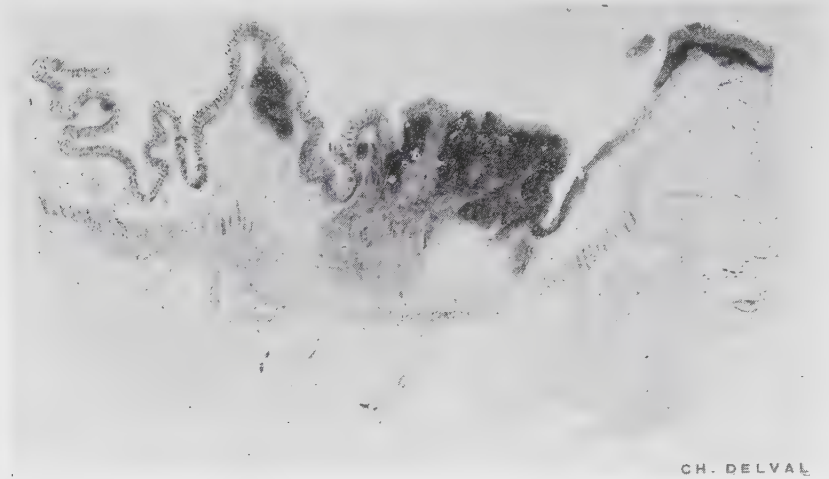
La tranche de section montre l'aspect très homogène du tissu tumoral. Il tranche sur le tissu sain, d'une part, par son aspect plus compact, d'autre part, par sa couleur gris terne ou jaunâtre. Le raclage donne issue à un suc abondant. Ces tumeurs sont caractérisées aussi par leur consistance qui est plutôt molle, semi-élastique très particulière, mais pas très différente parfois du tissu intestinal normal.

Dans les tumeurs très étendues (dont le volume peut être très considérable, dont le poids peut aller jusqu'à 900 et 1.000 gr.), il est courant de ne noter aucune propagation au péritoine, aucune adhérence aux viscères voisins, une mobilité entière, permettant une ablation chirurgicale régulière et assez aisée. Néanmoins, l'infiltration des mésos n'est pas exceptionnelle : infiltration des épiploons dans les tumeurs de l'estomac, infiltration du mésentère ou du mésocolon dans les tumeurs intestinales. De même, les adhérences néoplasiques ne sont pas l'exception : adhérences intestinales à la vessie, à l'utérus, à la paroi ; adhérences de l'estomac au foie, à la rate, au mésocôlon surtout.

La présence de ganglions est fréquente, quoique non absolument habituelle. Ces ganglions néoplasiques, au nom-

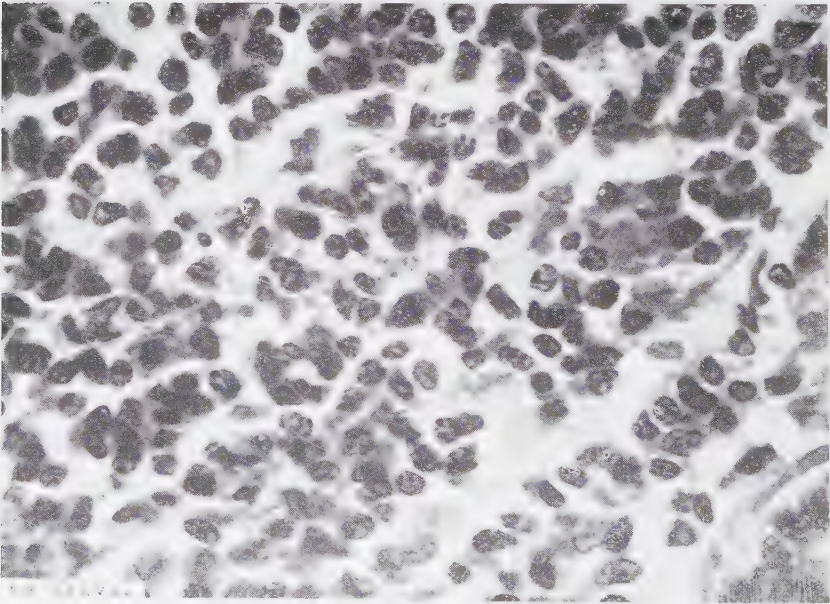
QUELQUES ASPECTS MICROSCOPIQUES DE TUMEURS LYMPHATIQUES.

I. — *Coupe intestinale vue à la loupe.*

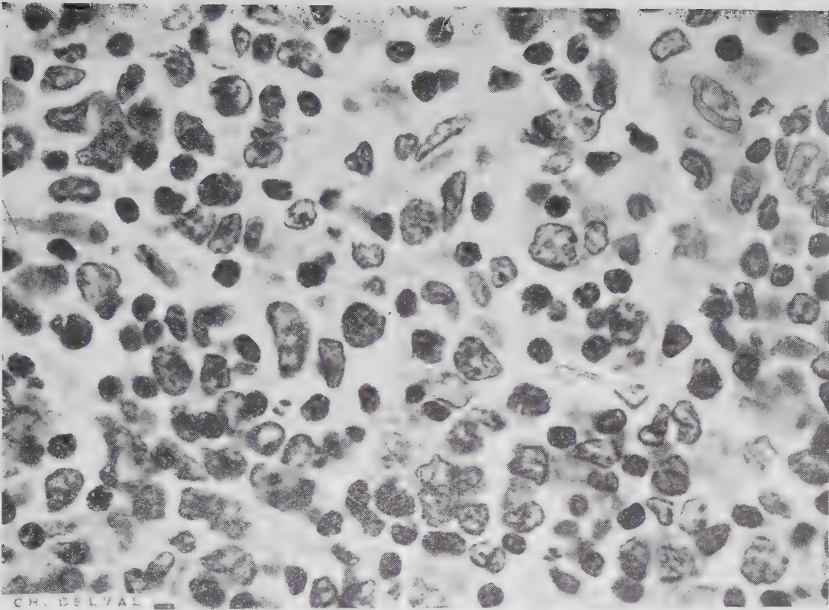


L'infiltration tumorale, très basophile, occupe la muqueuse et la sous-muqueuse. Noter l'épaississement des replis intestinaux par l'infiltration lymphoïde.

II. — *Lymphocytome typique.*

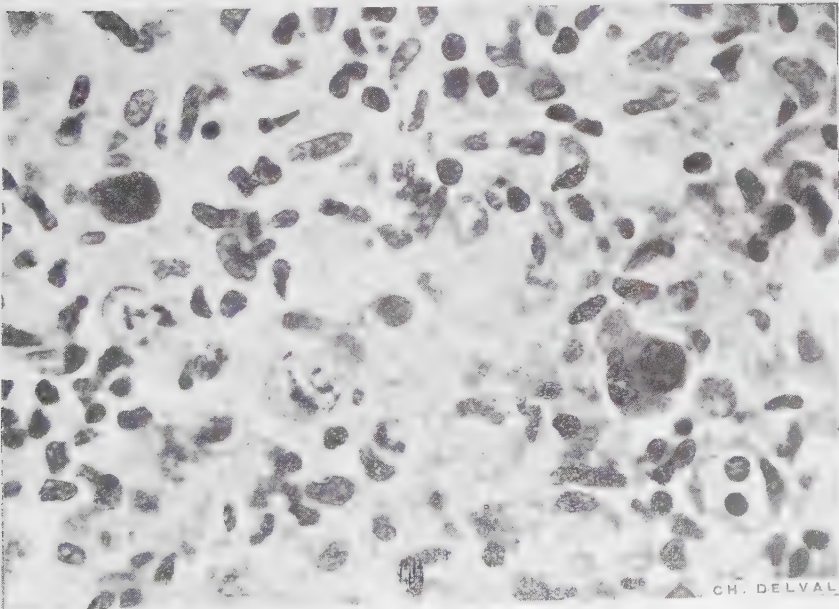


Éléments lymphoïdes, de petite taille, tous pareils, s'insinuant entre les fibres musculaires. Pas de stroma (obs. 12, cas Baumgartner).



Aspect polymorphe. Prédominance de lymphoblastes (noyau bleu pâle, à contour arrondi, à chromatine granuleuse), quelques lymphocytes (plus foncés, plus petits). Cellules endothéliales (plus clairs, allongés, à protoplasma bien visible). Stroma assez dense, sans structure systématique (obs. 3, cas Michion).

IV. — *Maladie de Hodgkin.*



Polymorphisme cellulaire. Grands éléments, pâles, endothéliaux. Cellule géante, à noyau multilobé, foncé (disposition chromatiniennne non caractéristique) : variété de la cellule de Sternberg (cas Métivet, non publié).

bre de deux à quatre souvent, atteignent d'abord la chaîne tribulaire. Ce sont des ganglions augmentés de volume, de la taille d'une noix souvent, juxtaposés sans périadénite, sans effraction de la coque ganglionnaire. Ces ganglions ont également une tranche de section uniforme, grise, succulente.

B. — Aspects histologiques.

Le faible grossissement situe la tumeur dans l'épaisseur du tube digestif. Quelquefois diffuse, occupant toutes les tuniques de l'intestin, à l'exclusion de la séreuse, elle prédomine, en général, au niveau de la sous-muqueuse. Quelquefois, elle n'infiltré que cette sous-muqueuse qui est son point d'origine le plus habituel. Toutefois, il est rare que, dans ces cas, elle ne tende pas à envahir la musculuse après effraction de la *muscularis mucosae*. Cette musculuse est alors dissociée, les cellules tendant à s'insinuer dans les interstices entre les fibres, prenant alors une disposition caténaire (fig. 3); quelquefois aussi le tissu néoplasique se substitue entièrement ou en partie au tissu musculaire. Toutefois, la couche musculaire externe, circulaire, résiste longtemps à cette invasion : c'est pourquoi certaines de ces tumeurs ont une tendance à être refoulées vers l'intérieur de la lumière digestive. Il faut noter, toutefois, que, dans quelques cas, au lieu de naître dans la sous-muqueuse, ces tumeurs semblent prendre leur origine dans le tissu cellulaire sous-séreux.

Quant au tissu tumoral lui-même, il apparaît sous forme d'un granité bleuâtre très fin. Cet aspect absolument caractéristique est conditionné par les trois caractères principaux des tumeurs lymphatiques :

La chromatophilie nucléaire, d'abord. Car ce sont essentiellement les noyaux teintés en bleu par l'hématéine-éosine, à contour très net, arrondi, qui constituent les éléments de ce pointillé.

En second lieu, c'est la morphologie cellulaire : cellules

rondes, isolées, qui ne sont reliées entre elles par aucun prolongement protoplasmique.

Enfin, c'est la disposition absolument fortuite de ces cellules entre elles, disposition qui est due au fait qu'elles ne tendent à réaliser aucune structure, aucune organisation tissulaire, même primitive.

Au fort grossissement, les aspects sont cependant très variables, suivant :

- le type cellulaire,
- le caractère du stroma.

— *Les types cellulaires* de ces tumeurs sont définis par rapport à ceux du sang leucénique. Il s'en faut pourtant que la superposition des aspects anatomopathologiques aux frottis soit toujours aisée et indiscutée.

Deux variétés principales de cellules tumorales sont classiquement décrites, variétés qui se différencient entre elles et par leur taille, et par la disposition de la chromatine nucléaire, et par l'abondance de la couronne protoplasmique.

1^o Le lymphocyte réalise l'aspect de la cellule adulte. Sa petite taille, son noyau très foncé, arrondi, à chromatine compacte, son protoplasma rare, le caractérisent.

2^o Le lymphoblaste est un élément de taille plus grande. Le noyau est plus volumineux, toujours entouré d'une membrane très nette ; sa chromatine est disposée en réseau, sur un fond plus clair, bleu pâle ; il existe quelquefois un ou deux nucléoles visibles. Enfin, son protoplasma est plus abondant, quelquefois vacuolaire.

En réalité, ces deux types cellulaires ne sont pas toujours réalisés dans leur pureté. D'abord, entre lymphocyte et lymphoblaste, il y a toutes les formes de transition possibles : tantôt des éléments de petite taille ont cependant une chromatine nucléaire disposée en réseau. Tantôt, des éléments d'assez grande taille ont une sertissure protoplasmique très mince. Les variations des lymphoblastes entre eux sont d'ailleurs assez nombreuses.

Enfin, il semble bien que dans certaines tumeurs il existe des éléments plus jeunes, définis par leur taille plus grande

encore, par des champs nucléaires pâles, presque vides, sur lesquels émergent deux nucléoles très nettement dessinés au bleu polychrome. Le protoplasma de ces éléments, nettement visible, assez volumineux, peut présenter, par place, des granulations mieux mises en évidence par les colorations au bleu polychrome : granulations soit neutrophiles, soit éosinophiles, soit basophiles. On arrive à se demander s'il ne s'agit pas là de cellules, très jeunes, en voie de différenciation à la fois vers la série lymphoïde et vers la série myéloïde.

A côté de ces éléments qui, par leur juxtaposition, constituent la tumeur, il existe d'autres cellules dont on interprète la présence comme le témoignage d'une réaction hyperplasique :

Cellules endothéliales, de forme allongée, d'aspect plus clair que les cellules lymphoïdes. Ces cellules endothéliales peuvent, dans des cas assez nombreux, se disposer sur plusieurs assises, devenir assez volumineuses. Quelquefois, elles tendent à se mobiliser, à prendre des formes arrondies, ne différant plus que par la couleur des éléments tumoraux.

Des cellules éosinophiles, ensuite, s'observent souvent en marge de la tumeur, volontiers groupées en amas, au voisinage des vaisseaux.

Enfin, la présence de cellules géantes n'est pas rare, leurs aspects sont variables : tantôt, on peut les classer dans la catégorie des macrophages. Tantôt, ce sont des cellules volumineuses, à noyaux très foncés, volumineux aussi, parfois multiples : Ce sont des cellules proprement monstrueuses. Il faut signaler déjà que ces cellules peuvent prendre des formes voisines de la cellule de Sternberg.

— *Le stroma* est d'abondance très variable.

Quelquefois, il est si fin, que, seules des colorations spéciales le mettent en évidence. Toutefois, en parcourant toute la coupe, il est rare de ne pas trouver une zone, probablement plus ancienne, où les plages cellulaires sont incluses dans la trame lâche d'un tissu conjonctif porte-vaisseaux.

Souvent, au contraire, le stroma est très abondant, dense, constitué par des fibres collagènes. Ces fibres cloisonnent des alvéoles, dans les mailles desquels se trouvent alors les cellules tumorales. C'est cet aspect qui est interprété par Masson comme provenant d'une hyperplasie globale du tissu adénoïdien.

Les vaisseaux ont, eux aussi, des formes variées. Quelquefois, ils sont très rares, et de parois normales. Quelquefois, au contraire, ils sont très nombreux, tantôt réduits à l'état d'espace vacuolaire, tantôt, au contraire, entourés d'un endothélium bourgeonnant, quelquefois leur juxtaposition peut rappeler les angiomes.

Les aspects d'ensemble sont donc très variés : Quelques-uns sont très homogènes : en particulier, des coupes du lymphocytome classique entrent dans ce cadre : cette homogénéité porte sur les cellules, toutes pareilles entre elles, et va de pair avec un stroma peu abondant.

Quelques autres, au contraire, sont très polymorphes, soit avec prédominance nette d'un type cellulaire : c'est le cas habituel des lymphoblastomes, soit sans prédominance cellulaire évidente, avec atypie et monstruosité : c'est le cas des lymphosarcomes atypiques (suivant la classification d'Ardoin).

Toutefois, il faut insister encore sur la difficulté de classer avec précision toutes les coupes de ces tumeurs : Il en est qui, par leur polymorphisme font penser à une maladie de Hodgkin. Il en est d'autres dont la réaction endothéliale est telle qu'il est difficile de dire si celle-ci ne participe pas à la tumeur.

Le diagnostic, facile devant les coupes d'aspect homogène, peut être d'une grande difficulté.

Il se pose, d'une part, avec les hyperplasies inflammatoires, d'autre part, avec le granulome hodgkinien ; la discussion entre ces deux tumeurs est souvent impossible à trancher avec sécurité. Il se pose enfin avec certains cancers atypiques, sans structure bien nette.

C. — Evolution anatomopathologique.

La tumeur, d'abord sous-muqueuse, ensuite à développement interstitiel, tend à infiltrer toute l'épaisseur du tube digestif, à l'entourer sous forme d'anneaux, à s'étendre suivant son axe.

Elle se propage à distance suivant trois voies :

1^o Ganglionnaire : Les ganglions les premiers touchés sont les ganglions de la chaîne tribulaire. Ensuite, viennent ceux de la racine du méso ; leur atteinte marque les limites des possibilités chirurgicales. Ensuite, les ganglions péri-aortiques se gagnent, et, de là, la généralisation néoplasique atteint les ganglions du cou et les aires périphériques. Ce mode de diffusion différencie les tumeurs lymphatiques des autres sarcomes.

2^o Viscérale : Le foie est l'organe le plus fréquemment touché. Ensuite, viennent la rate, le rein, l'ovaire, les poumons. Une fois le stade hépatique passé, la généralisation tend à être multiviscérale. Ce mode de propagation différencie les tumeurs lymphatiques des autres néoplasies lymphoïdes.

3^o Ces tumeurs ont tendance à coloniser le long du tube digestif, donnant lieu à des tumeurs multiples, souvent de plus en plus jeunes ; les tumeurs lymphatiques deviennent ainsi la néoplasie vraiment régionale que réalise le syndrome de Kandrath.

Sont-ce les mêmes tumeurs histologiques qui ont ces trois possibilités de colonisation à distance ? Certains l'admettent ; d'autres, au contraire, dont Masson, le nient. Il nous semble difficile, toutefois, de lier à un type histologique défini, l'une ou l'autre de ces possibilités de généralisations à l'exclusion de toute autre.

Ce qu'il faut noter cependant, c'est que ces tumeurs, même généralisées, ne s'accompagnent que très rarement d'une augmentation sensible, tumorale, de la lymphocytose sanguine.

Les tumeurs lymphatiques de l'estomac.

A la suite de Lecène et Petit (1904) ces tumeurs ont été étudiées par Gosset en 1912 ; en Amérique, Cheever en 1923 en recueillit neuf, Weeden en 1929 en rapporta deux, d'Aulnoy et Zoeller en 1929 en résumèrent vingt-deux, Balfour et Mac Cann en 1930 en rapportèrent trente-deux opérées à la clinique Mayo.

En France, à la Société de Chirurgie, deux tumeurs lymphatiques guéries ont été rapportées par Moulonguet et Michon à la suite d'une observation de Kuss. D'autres cas ont été rapportés par Flandin, par Gunsett et Oberling, etc. La thèse de Meltz (1937) est le travail d'ensemble le plus récent.

Certaines particularités de ces tumeurs lymphatiques ont déjà été esquissées : leur rareté chez l'enfant, leur nombre presque toujours unique.

Leur siège d'élection est le pylore, non pas le canal pylorique proprement dit, qui n'est envahi que secondairement, mais le vestibule, l'antrum pylorique. Dans cette région pylorique, ces tumeurs se localisent tantôt sur une des faces ou une des courbures, assez souvent elles sont annulaires. Leur répartition topographique donnerait lieu au classement suivant d'après la statistique de Ziesch et Davidsohn :

pylore	25
petite courbure.....	22
diffus	18
face postérieure.....	15
grande courbure	11
face antérieure.....	6
cardia.....	2
grosse tubérosité.....	1

Cette statistique ne nous paraît pas conforme aux faits : Sur les 80 observations que nous avons dépouillées, nous avons trouvé des localisations pyloriques dans les trois-quarts des cas, le dernier quart se rapportant à des localisations médio-gastriques.

La forme de ces tumeurs est en général infiltrante, l'aspect bosselé ; l'ulcération gastrique a les dimensions les plus variées « celle d'une soucoupe » ; elle peut « faire tout le tour du vestibule » ou revêtir l'aspect de « petits furoncles multiples ».

L'envahissement du petit épiploon secondaire à une tumeur de la petite courbure a été observé ; celui du ligament gastrocolique dans les tumeurs de la grande courbure paraît plus fréquent. L'intégrité habituelle de la séreuse péritoniale explique la rareté des adhérences organiques de l'estomac tumoral et la possibilité de le mobiliser même dans les cas de tumeurs énormes et diffuses.

Les ganglions envahis sont toujours les ganglions anatomiques : ceux de la petite courbure, ceux de la chaîne gastroépiploïque, plus rarement les groupes sous ou rétro-pyloriques, suivant le siège du néoplasme. Cette adénopathie n'est pas absolument habituelle, elle ne se voit que dans la moitié des cas. Des adénopathies plus éloignées, rétro-péritonéales, marquent la limite des possibilités chirurgicales.

Les métastases viscérales frappent de préférence le foie, plus rarement la rate.

Mais bien des tumeurs, pendant longtemps, semblent avoir peu de tendance aux métastases.

LES TABLEAUX CLINIQUES auxquels ces tumeurs lymphatiques donnent lieu sont très variés ; aucun n'est caractéristique. Voici pourtant la description d'un cas moyen tel qu'il ressort de la lecture de la moitié des observations environ :

Il s'agit d'hommes plus souvent que de femmes, âgés de 30 à 40 ans, qui se plaignent depuis 5 à 10 mois de troubles vagues, faits de douleurs, de troubles digestifs et généraux.

Les douleurs, de siège épigastrique, quelquefois un peu à droite ou à gauche de la ligne médiane, sont rarement intenses et nettement caractérisées ; ce sont plutôt des pesanteurs sourdes à exacerbations parfois rythmées par les repas ; assez souvent elles surviennent aussitôt après l'ingestion alimentaire ; mais parfois aussi elles prennent par leur acuité, leur durée, leur rythme régulier, leurs intermittences les caractères des douleurs ulcéreuses.

Les troubles digestifs sont peu intenses également ; les vomissements sont inhabituels ; ce que l'on observe, ce sont des pituites, des régurgitations, parfois une salivation exagérée, plus généralement des digestions pénibles. L'incapacité est la règle.

A cela s'ajoute, très précocement une altération de l'état général, une perte de poids de 5 à 10 kgr. en quelques mois, une perte des forces considérable. De plus l'aspect de ces malades dénote une pâleur marquée.

L'examen physique montre presque toujours une masse épigastrique. Cette masse, de consistance pas très dure, plus ou moins élastique, mobile avec la respiration, est peu douloureuse, de forme régulière, de volume parfois considérable, mais sa recherche peut être gênée par le manque de souplesse de la paroi abdominale.

L'examen radiologique révèle, à son tour, des aspects divers : en général, un aspect lacunaire dans la région pylorique, de contours parfois bien dessinés, circulaires, d'opacité inégale. Les courbures à ce niveau sont en général irrégulières ; le reste de l'estomac est souvent ptosé, plus rarement petit et ratatiné. Des clichés en série ont montré, dans certains cas, la persistance des ondes péristaltiques dans la zone lacunaire. Sous une couche mince de baryte, on a pu observer un épaissement des replis de la muqueuse avec variations dans leur disposition. Toutefois, pour caractéristiques qu'ils paraissent, ces deux signes doivent être considérés comme exceptionnels.

Le tubage gastrique après repas d'épreuve ou après injection d'histamine, décèle une diminution notable et même une absence de l'acidité chlorydrique libre et une diminu-

tion simultanée de l'acidité totale. Mais la fréquence et l'importance de ces modifications chimiques sont diversement interprétées, Balfour ne les a observées que dans 40 % des cas, le chimisme gastrique étant normal dans les autres.

La recherche du sang dans les selles est positive dans la majorité des cas, alors que les hémorragies cliniques sont très rares.

La numération globulaire montre en général une anémie modérée, à 3 ou 4 millions, avec leucocytose à 10 ou 16.000, et polynucléose à 75 ou 85 %.

Toutefois ce sont là des symptômes d'ulcération digestive chronique, sans aucun caractère particulier aux tumeurs lymphatiques. Aussi le diagnostic habituel est-il celui de cancer du pylore.

Il arrive cependant que la trilogie clinique troubles dyspeptiques vagues, amaigrissement précoce, tumeur épigastrique, chez un homme jeune, réalise un ensemble qui, joint à des aspects radiologiques paradoxaux de la région pylorique, a pu dans certains cas, faire poser le diagnostic pré-opératoire de lymphosarcome. Dans ces conditions la recherche de signes de généralisation s'impose : recherche de l'hypertrophie des follicules de la langue (signe de Kundrath), de la splénomégalie (signe de Schlesinger), des adénopathies cervicales.

A côté de cet aspect moyen, d'autres formes cliniques sont à signaler : en premier lieu, *les formes sténosantes*. Nous en avons recueilli huit observations dont celles de Gunsett et Oberling, de Lefort, de Forbes, de Konjetzny. La présence de vomissements, quelquefois une intolérance gastrique absolue, des signes radiologiques de sténose avec dilatation gastrique, avec résidu de durée et d'importance variables en sont les principaux caractères. Anatomiquement cet aspect est réalisé par des tumeurs pyloriques annulaires très étendues dans le sens axial.

Une forme avec incontinence pylorique a été décrite, elle paraît exceptionnelle.

Les formes compliquées et les formes ulcéreuses soulèvent le

problème de l'existence au niveau de l'estomac de tumeurs lymphatiques de natures très différentes : des lymphosarcomes vrais plus envahissants, à tendance ulcéranse, précocement métastasés, à côté de lymphadénomes d'une plus grande bénignité locale.

Tout d'abord les tumeurs lymphatiques peuvent se perforer en péritoine libre. Sans être fréquente, c'est cependant là une complication non exceptionnelle, toujours mortelle d'ailleurs.

Assez fréquentes sont les observations de perforations couvertes ; dans l'histoire clinique de ces malades on retrouve toujours un épisode aigu, fébrile et très douloureux.

Ainsi dans un cas de Walters, chez un homme de 60 ans qui a présenté une pareille crise avec douleur et température, l'opération a montré une tumeur pylorique mesurant 15×8 cm. avec ulcération centrale intéressant le mésocolon et bouchée par le pancréas. La gastrectomie fut suivie de guérison.

Dans le cas de Soupault et Hamburger, un syndrome de péritonite aiguë avec 39° est survenu au cours d'une affection gastrique cachectisante. Sur les clichés radiologiques on vit une bulle gazeuse, complètement séparée de l'estomac de profil. A l'intervention, œdème du tissu sous-péritonéal, adhérence du lobe gauche du foie qui couvre une volumineuse perforation de la face antérieure de l'estomac ; la face postérieure est libre, l'infiltration tumorale remonte haut sur la petite courbure.

Enfin, le cas de Cain, Hillemand et Mézard qui n'est pas à vrai dire un sarcome strictement localisé, mérite cependant d'être cité ici en raison de son aspect monstrueux de lymphangite sarcomateuse diffuse : une douleur épigastrique aiguë avec 39° survint chez une femme de 49 ans souffrant jusque-là seulement de troubles digestifs légers. Quinze jours plus tard apparut une tuméfaction sus-ombilicale qui augmenta de jour en jour. Intervention exploratrice et mort. L'autopsie montra une masse tumorale de l'épigastre faisant corps avec la face inférieure du foie, reliée à la petite courbure et à la face antérieure de l'estomac et

creusée d'une cavité, à parois fongueuses, remplie d'un magma nécrotique. Impossible d'isoler l'estomac qui est fixé par des placards épais et durs. Ceux-ci recouvrent sa face antérieure, infiltrent le mésocôlon et se continuent en haut avec la tumeur. L'estomac dans son ensemble est rigide et induré comme atteint de linite plastique. Seuls son pôle supérieur et l'arrière-cavité sont libres. Après ouverture de l'estomac, la muqueuse apparût mamelonnée, œdématiée et épaissie ; elle était parsemée de petits noyaux creusés d'un pertuis central qui ressemblaient à des furoncles. Dans la région antrale existait une nappe fongueuse, continue, végétante, blanchâtre. Des ganglions le long des courbures et de la région pylorique.

Histologiquement, tous les lymphatiques de la sous-muqueuse ainsi que certaines voies anastomatiques et sous-séreuses étaient injectées par un bouchon celluleux lymphoblastique continu, comme par une substance colorante ; l'endothélium paraissait intact, sauf en certains points où une prolifération cellulaire active infiltrait l'épaisseur de la muqueuse en nappes denses et donnait ainsi naissance à ces saillies nodulaires nécrosées ou non en leur centre. La muqueuse était partout conservée, de même que la plus grande partie de la sous-muqueuse. Les ganglions étaient envahis ; à l'intérieur du foie existaient quelques amas métastatiques et des cavités nécrotiques. Quant à la tumeur épigastrique elle était le résultat d'une prolifération sarcomateuse très dense, et la cavité semblait provenir de la nécrose cellulaire.

A l'opposé, *une forme infiltrante* qui n'est peut-être qu'un stade d'extrême début, décrite par Gosset, Gutmann et Ivan Bertrand : une femme de 71 ans souffre depuis un an et demi tous les jours de crises douloureuses épigastriques, elle a maigri de 5 kgr. Aucun signe physique, mais une image radiologique particulière d'infiltration prépylorique. Et c'est sur le seul aspect radiologique anormal retrouvé sur plusieurs clichés, que l'on intervint, et qu'en présence d'un estomac d'aspect et de consistance à peu près normales on pratiqua une gastrectomie. Ce n'est que l'estomac ouvert que l'on fut en présence d'une disposition nettement patho-

logique : disparition de tout repli muqueux dans la région de l'antra pylorique jusqu'à 8 cm. du sphincter, impression de mise à nu d'un tissu granuleux exulcéré, épaississement notable de la paroi dans cette région jusqu'à plus de 1 cm. mais sans induration ni nodule interstitiel.

A l'examen histologique : disparition complète de la muqueuse, quelques vestiges glandulaires à peine ; une nappe lymphoblastique continue dissocie la *muscularis mucosae* et envahit la sous-muqueuse, présentant de nombreux centres germinatifs confluent, plus clairs, plus actifs, plus étendus, plus mal limités que normalement. Eléments non uniformes, rares plasmocytes, hypertrophie anormale des cellules réticulo-endothéliales, mitoses nombreuses, ni nécrose, ni sclérose, pas de cellule de Sternberg.

Un cas très voisin est celui décrit par Barbera : un examen radiologique fait chez un malade qui présentait des vomissements avec amaigrissement rapide montra une infiltration étendue de l'estomac avec conservation du péristaltisme et variabilité des plis. A l'intervention, l'antra pylorique se montra très épaissi, sans tumeur véritable.

Parmi les formes rares, citons un cas unique de lymphosarcome à *développement exo-gastrique* décrit par Dainelli. Il s'agissait d'une tumeur lymphatique développée à l'intérieur de la couche sous-séreuse et limitée en dedans par la couche musculaire. Ces tumeurs pédiculées à développement exogastrique semblent en réalité le fait des sarcomes fusocellulaires, comme l'a montré Gosset.

Les tumeurs lymphatiques du duodénum.

Ce qui fait l'individualité des tumeurs de l'anneau duodénal dans le cadre des tumeurs lymphatiques du grêle c'est d'abord, au point de vue anatomique, le fait qu'il s'agit d'une portion fixe, rétropéritonéale de l'intestin. C'est ensuite, au point de vue clinique, leur symptomatologie gastrique ou biliaire avec perception d'une tumeur profonde. C'est encore au point de vue chirurgical, la difficulté d'enlever ces tumeurs d'une manière complète. C'est enfin le fait que ces tumeurs tendent à gagner tout l'anneau duodénal mais sans dépasser ni le pylore, ni l'angle duodénojéjunal. Ces tumeurs sont très rares ; sur cinq carcinomes, un sarcome (Mialaret). Sur 61 sarcomes duodénaux recueillis en tout par Prey dans la littérature, 35 lymphosarcomes.

Leurs tableaux cliniques varient suivant que ces tumeurs sont sténosantes ou non, et suivant leur siège par rapport au sphincter pylorique et par rapport à l'ampoule de Vater. L'étude radiologique montre des déformations grossières du cadre duodénal : dilatations, lacunes, irrégularités des contours. A cet égard, les observations de Prey et de Bossaert sont caractéristiques.

Dans le cas de Prey, des vomissements survinrent de plus en plus fréquents allant jusqu'à l'intolérance complète. Perte de poids de 7 kgr. 1/2. Une masse perçue dans la région sus-ombilicale et dans le quadrant supérieur droit, molle, légèrement mobile, profonde, du volume d'une pamplemousse, transmettant les battements aortiques. Sur un cliché radiologique, la grande courbure de l'estomac est refoulée en haut. Duodénum dilaté de plusieurs fois

son calibre normal. Obstruction probable sur le D².

A l'intervention exploratrice, tumeur du 2^e et 3^e duodénum atteignant la limite duodénojéjunale, clivable du pancréas, mais englobant le pédicule mésentérique, traversée en son milieu par un diverticule du D², réalisant une masse totale de 16 13 8 cm. Ganglions rétropéritonéaux. Mort un mois après.

Le cas Bossaert est très semblable au précédent, à cela près que les vomissements, abondants et bilieux, sont d'apparition plus tardive, six semaines après le début des crises douloureuses extrêmement vives, postprandiales. Ictère passager. Amaigrissement de 14 kgr. Abdomen un peu ballonné avec tension de l'épigastre. Sur les clichés, cadre duodénal entièrement dilaté avec des contours irréguliers et des aspects lacunaires.

L'exploratrice montre un épaississement nodulaire et induré de tout l'anneau duodénal. Prélèvement du ganglion situé à l'angle de Treitz. Gastro-entérostomie. Mort la nuit suivante. A l'autopsie : tumeur duodénale allongée de 23 cm, allant de 4 cm. du pylore jusqu'à l'angle duodénojéjunal. A l'intérieur de l'intestin, des productions tomenteuses, un épaississement de la muqueuse, un ulcère cratériforme. Masse pluriganglionnaire de volume considérable au devant du pancréas.

Assez différent de ces tableaux cliniques est celui réalisé dans le cas de Strauss :

Homme de 62 ans, souffrant du ventre. Méloëna. Dans les antécédents, néphrite hématurique. Une première intervention a montré une masse sus-mésocolique rétropéritonéale et une cholécystite chronique, et s'est terminée par la cholécystectomie. Nullement amélioré, le malade revient 6 mois plus tard, extrêmement fatigué. La radiographie montre un aspect lacunaire du premier duodénum et une dilatation du troisième, avec irrégularités des contours. Par incision transrectale, découverte d'une masse volumineuse comprenant le 2^e et le 3^e duodénum. Duodénotomie : nodules multiples de taille variant entre celle d'une noisette et celle d'un pois cassé, échelonnés depuis l'ampoule de

Vater jusqu'à l'angle de Treitz, de consistance plutôt molle. Prélèvement d'un nodule. Suture du duodénum. Gastro-entérostomie avec exclusion pylorique. Radiothérapie profonde par voies antérieures et postérieures, histologie : lymphosarcome.

Revu deux ans après : gain de 20 kgr, numération sanguine normale, état de santé parfait.

Les tumeurs lymphatiques de *l'angle duodénojéjunal* participent de la même symptomatologie : grands vomissements, tumeur profonde collée au flanc gauche de la colonne, déformation radiologique de l'anneau duodénal. Elles comportent également de grands risques d'exérèse chirurgicale du fait du voisinage du pédicule mésentérique supérieur qu'il faut disséquer et auquel peuvent être accolés des ganglions tumoraux.

Ainsi dans un cas de Cames et Cid, une femme de 34 ans se plaignait depuis 5 mois de douleurs et vomissements bilieux abondants. A l'examen radiologique, stase duodénale et rétrécissement de l'angle duodénojéjunal. A l'intervention, une tumeur du volume d'une mandarine située à 5 cm. de l'angle de Treitz. Nombreux ganglions dans le méso. Décollement du 4^e duodénum. Résection de 15 cm. d'intestin. Termino-terminale. Guérison post-opératoire. Lymphocytome.

Deux cas de Finsterer avec envahissement du méso-côlon transverse donnèrent lieu à des difficultés techniques particulières dans la dissection des vaisseaux mésentériques. Morts post-opératoires.

Crowther et Weeden (VII) décrivent l'un et l'autre des formes sténosantes de tumeurs localisées à la première anse jéjunale. Le malade de Weeden guérit après résection large d'une masse annulaire de 10 × 8 cm., située à 5 cm. de l'angle de Treitz et accompagnée de ganglions néoplasiques. Celle de Crowther, au syndrome clinique de sténose duodénale particulièrement net, succomba à une simple exploratrice : la tumeur s'était révélée inopérable.

Les tumeurs lymphatiques de l'intestin grêle.

A la suite de Lecène (1904), ces tumeurs furent étudiées en Amérique par Weeden, par Cheever, par Lawrence de Noyelles (1922), par Graves (1929). Ulmann et Abelshouse, en 1935, firent une étude statistique portant sur 375 cas dont 114 personnels.

En France, des cas isolés ont été publiés : par Brodin et Lardennois, par de Castecker, etc.

La fréquence de ces tumeurs lymphatiques du grêle paraît négligeable par rapport à toutes les tumeurs intestinales, mais considérable, variant entre 30 et 70 % suivant les auteurs, quant aux seules tumeurs de l'intestin grêle.

Les aspects anatomo-cliniques de ces tumeurs sont très nombreux, variables non seulement en fonction du siège, et en fonction de l'âge — ces tumeurs sont fréquentes chez l'enfant — mais aussi par leur multiplicité assez courante, et enfin par les seules différences tenant à divers *types anatomiques élémentaires*, très dissemblables entre eux.

Bien connue est la tumeur volumineuse annulaire avec dilatation anévrysmale du tube intestinal sur laquelle a bien insisté Lecène ; encore faut-il noter que les poches intestinales les plus typiques s'observent plutôt dans les sarcomes fuso-cellulaires que dans les tumeurs lymphatiques.

Il existe un autre type, annulaire également, mais sténosant, dont la fréquence par rapport au type précédent est très différemment évaluée suivant les auteurs : pour Crowther il serait rarissime. Ulmann et Abelshouse au

contraire dans leur série d'observations personnelles relèvent 37 sténoses contre 8 dilatations.

Un troisième type enfin est réalisé par l'infiltration en plaque, localisée à une partie seulement de la circonférence du tube intestinal, plaque à bords arrondis, convexe vers la lumière intestinale, à l'intérieur de laquelle ces tumeurs font saillie, refoulée en dedans par les couches musculaires intactes. Leur forme peut être variable : soit une saillie discoïde, soit même une véritable saillie polypiforme bombant dans la lumière intestinale ; dans d'autres cas au contraire, cette saillie est à peine ébauchée. Ce qui caractérise et ce qui révèle cette tumeur en clinique, ce sont des accidents d'invagination. En effet, ces tumeurs coiffent la tête d'un boudin d'invagination qui s'avance plus ou moins vers le cæcum suivant leur siège. Cette invagination peut être réductible et c'est le cas le plus habituel ; elle peut se produire très fréquemment et se réduire spontanément ; mais il est des cas où elle devient irréductible. Des types très rares d'invagination ont été décrits : un cas d'invagination rétrograde par exemple. Ces tumeurs en plaque constituent une variété chirurgicale intéressante ; parce que révélées à un stade évolutif précoce par une invagination, elles sont opérées très tôt.

Nous étudierons d'abord les aspects cliniques de ces trois types élémentaires dans leurs localisations iléales, puis jéjunales, enfin les formes multiples et les formes compliquées.

I. — *Le type annulaire non sténosant* se révèle par des troubles douloureux et intestinaux apparus très insidieusement : douleurs souvent à type de coliques, rythmées par les repas, quelquefois aussi plus sourdes, plus vagues, réduites à une simple sensation de pesanteur périodique ou permanente. Le siège de ces douleurs est variable suivant les cas, mais toujours identique chez le même malade.

Tôt ou tard s'y joignent des troubles intestinaux : diarrhées surtout, rebelles à la médication habituelle ; parfois aussi une alternance périodique de diarrhée et

de constipation, les douleurs s'ajoutant soit à l'une, soit à l'autre de ces manifestations. Parfois au contraire, c'est une constipation chronique peu sensible aux laxatifs. Tantôt enfin, rien qu'une simple impression de digestion pénible, de ballonnement abdominal.

Très tôt l'état général se trouve altéré, l'amaigrissement est très précoce et se chiffre par 10 kgr. ; la fatigabilité est extrême, il n'est pas rare de voir ces malades dans un état sub-fébrile à 37°7 et 37°8 le soir. La fièvre vraie est un signe non exceptionnel, mais qui nous semble plutôt tardif et lié à un néoplasme déjà étendu ou généralisé.

L'examen clinique montre un signe qui est peut-être le plus typique et le plus constant : la tumeur abdominale. C'est une masse superficielle perceptible sous les muscles de la paroi, qu'elle peut soulever en une voussure visible à jour frisant. Son siège est très variable suivant les cas, variable même d'un examen à l'autre, car ces tumeurs sont d'une mobilité extrême ; leur volume est variable aussi, celui d'un poing dans les cas moyens, mais souvent bien plus considérable. Leur consistance est élastique, leur forme arrondie, plus ou moins bosselée.

Il est difficile de rattacher ces tumeurs abdominales mobiles au tube digestif. L'examen radiologique ne montre en général rien. Dans quelques cas cependant on a signalé sur des clichés sans préparation une bulle d'air dont le contour s'inscrit parfaitement dans la tumeur (Cabot, Brodin et Lardennois).

La recherche du sang dans les selles est fréquemment positive et la numération globulaire révèle habituellement une hypoglobulie avec leucocytose à type de polynucléose : symptôme d'une ulcération digestive saignante et infectée.

Au total : signes de tumeur abdominale avec douleurs et troubles digestifs vagues, amaigrissement intense, voilà à quoi se réduit ce tableau clinique. Quelquefois la tumeur peut ne pas avoir de relief net ni de mobilité caractéristique et c'est le diagnostic de tuberculose péritonéale ou intestinale qui est posé.

Voici deux exemples typiques par leurs symptômes cliniques :

OBSERVATION DE PEREZ. — Homme de 37 ans. Depuis 3 ans, douleurs abdominales et lombaires vagues. Digestions pénibles. Tumeur du quadrant inférieur gauche, du volume de deux poings, dure, lisse, avec quelques bosselures. L'insufflation du côlon la repousse à gauche. A l'intervention, tumeur circonférentielle du grêle, longue de 5 cm. avec envahissement de la région voisine du méso. Ganglions de la racine du méso indemnes. Résection large. Termino-terminale.

Intestin ouvert : lumière dilatée, muqueuse intacte.

Suites normales : guérison 8 ans après.

OBSERVATION DE CASTECKER. — Femme de 34 ans, tumeur du volume d'une tête fœtale dans le flanc droit, mobile, dure, multilobée. Amaigrissement. Radio négative. A l'intervention : tumeur multilobée de l'iléon terminal envahissant le mésocôlon, adhérente à l'épiploon. Hémicolectomie droite typique. Guérie 20 mois après.

II. — Autrement accusé est le syndrome fonctionnel du *type sténosant*. Tout peut se réduire à des sensations pénibles apparaissant après les repas, disparaissant brusquement avec des borborygmes (Cave et Weeden, XIV). Dans d'autres cas, ce sont des symptômes d'une obstruction chronique (Hortoloméi), ou encore des crises d'occlusion passagères. A l'examen il est rare de trouver une tumeur. Par contre, l'abdomen est distendu par un ballonnement intestinal de degré variable, tendu et douloureux dans les cas aigus. Des ondes péristaltiques sont fréquemment visibles, soulevant les muscles de la paroi. On peut parfois provoquer un clapotage des anses intestinales.

La radiographie décèle des distensions gazeuses attribuables à l'intestin grêle, avec parfois des niveaux liquides en escalier (Silver).

Au point de vue anatomique, ces tumeurs, toujours circulaires, saillantes dans la lumière intestinale, ne semblent

pourtant pas en diminuer le calibre d'une manière sensible ; par contre, elles sont souvent assez étendues, de 7 à 8 cm. dans le sens axial, souvent plus (60 cm. dans le cas de Silver).

Au point de vue opératoire, la dilatation importante du grêle en amont de la tumeur peut imposer une iléostomie à la Witzel pour mettre à l'abri les sutures intestinales. Boutureaux et Hortoloméi qui l'ont pratiquée dans un cas ont guéri leur malade.

III. — *Le type infiltrant en plaque*, « polype lymphosarcomateux » de certains auteurs américains, n'est vraisemblablement qu'un stade de début. Complicé d'invagination intestinale, il se révèle par des crises douloureuses dont les caractères sont toujours les mêmes : douleurs d'une acuité extrême, à type de torsion, qui durent pendant 10 à 20 minutes, puis s'arrêtent brusquement pour reprendre au bout d'un temps variable ; au moment de ces crises on peut très souvent constater par le palper abdominal une masse qui est le boudin d'invagination. Dans l'intervalle des crises cette masse persiste en général, mais non toujours semble-t-il ; elle est alors d'une découverte beaucoup plus facile. En son absence, ces crises douloureuses sont toujours mal interprétées et rattachées à des syndromes médicaux divers. Associées à elle au contraire, elles permettent souvent de poser le diagnostic d'invagination. Dans certains cas d'ailleurs, la symptomatologie est plus complète ; des vomissements surviennent d'une manière assez fréquente. Des signes d'occlusion intestinale peuvent se voir, mais semblent plutôt discrets dans la majorité des cas ; quant à l'hémorragie par l'anus, elle est très rarement mise en évidence.

Dans l'observation inédite que nous rapportons plus loin d'une invagination iléo-iléale, le caractère des crises douloureuses et la perception du boudin d'invagination était suffisamment nette pour suggérer un diagnostic exact, d'autant plus que le petit malade n'avait pas de fièvre. L'intervention montra une invagination iléo-iléale facile-

ment réductible mais se reproduisant aussitôt spontanément, invagination due à la présence de la tumeur de la grosseur d'une noix, saillante dans la lumière iléale. La résection large fut suivie de guérison.

Dans un cas de de Noyelles, l'invagination se compliqua, à la suite d'un repas baryté, d'une occlusion complète. A l'intervention, elle parut irréductible, iléo-iléale également, provoquée par une masse polypoïde siégeant à la tête du boudin et obstruant la lumière intestinale ; ici encore la résection fut suivie de guérison.

Tels sont les trois types anatomo-cliniques élémentaires et les symptômes qu'ils réalisent dans leur localisation jéjuno-iléale ou iléale moyenne.

IV. — *Dans les localisations jéjunales* les signes relèvent un peu de la pathologie gastro-duodénale. A cet égard l'observation de Brodin et Lardennois est caractéristique :

Homme de 67 ans, digestions pénibles depuis deux ans ; depuis peu, vomissements bilieux précédés de gargouillements, se répétant de 8 en 8 jours. Sur les clichés radiologiques, 2 images hydroaériques sur le grêle dans la fosse iliaque droite. L'ingestion barytée révèle une stase à ce niveau ; 5 heures après, la colonne barytée se trouve dissociée, la plus grande partie occupe la région iléo-cæcale, alors que plus haut des anses à franges finement dentelées restent injectées. A la 8^e heure, un grand vomissement de baryte. A la 10^e heure, une anse haute reste encore injectée. A l'intervention : un épaississement des parois jéjunales sur quelques centimètres. Calibre peu rétréci, mais adhérences péritonéales avec torsion. En amont, jéjunum congestionné sur 30 cm. Résection large. Termino-terminale. Radiothérapie pénétrante à la dose de 10.000 R qui fatigue beaucoup le malade. Revu 9 mois plus tard, celui-ci est en excellente santé.

Dans un cas de de Noyelles, il s'agit d'une variété non sténosante :

Homme de 26 ans, douleurs épigastriques violentes, contracture masquant une masse profonde. Sur la radiogra-

phie : le pylore paraît rétréci, comme refoulé par une masse qui repousse aussi le transverse en haut. A l'intervention : tumeur jéjunale, à 16 pouces de l'angle de Treitz, annulaire, mesurant 11×8 cm., de consistance uniformément ferme, avec quelques dépressions, infiltrant toute l'épaisseur de la paroi, qui prend une profondeur de 3 cm. Ulcération de la muqueuse. Ganglions gros comme des noisettes, sur une distance considérable, adhérant à l'épiploon et au transverse. Résection intestinale. Latéro-latérale. Radium au contact des ganglions. Décès post-opératoire. Lymphocytome.

Quant aux localisations iléo-cæcales, nous les étudierons plus loin dans un chapitre d'ensemble en même temps que les tumeurs appendiculaires.

V. — *La multiplicité* des tumeurs lymphatiques est une éventualité fréquente sur le grêle, soit qu'il s'agisse de deux ou plusieurs tumeurs bien individualisées, globuleuses, arrondies, bosselées, soit qu'à côté d'une ou de deux tumeurs adultes, il existe des noyaux de taille variable, souvent très petits, de plus en plus jeunes dans leur évolution.

Plusieurs tumeurs adultes : tel est le cas d'une observation citée par Lecène : chez un enfant qui avait maigri et qui présentait une masse abdominale, l'intervention montra l'existence de deux tumeurs siégeant toutes deux à la fin de l'iléon, l'une compliquée d'invagination ; les ganglions mésentériques étaient pris. L'exérèse en bloc avec anastomose au bouton fut suivie d'une fistule stercorale. Un an plus tard, l'enfant paraissait guéri.

Dans l'observation de Kelley, une femme de 34 ans souffrait depuis 7 semaines de douleurs abdominales diffuses. Au palper, masse irrégulière mal limitée, latéro-ombilicale. A l'examen radiologique, à partir du duodénum, une série de dilatations et de rétrécissements sur l'intestin grêle que l'opération montra dus à la compression du jéjunum supérieur par 5 tumeurs iléales distinctes échelonnées sur 30 cm. Résection large qui fut suivie de guérison maintenue 9 mois après.

Les observations de Bérard et Denis et celle de Cabot sont à la limite du cadre de cette étude : Bérard a opéré un homme de 34 ans atteint de troubles digestifs avec amaigrissement depuis un an, au 4^e jour d'une occlusion complète. Il trouva deux masses du volume d'un poing sur une anse d'apparence caoutchoutée, infiltrant tout le pourtour, avec marbrures et bosselures de la séreuse. Gros ganglions dans le méso. En aval, tous les 10 ou 12 cm. des masses plus petites, en chaton de bague, laissant libre le bord mésentérique ; en amont, de même, jusqu'à 70 cm. de l'angle duodénojéjunal. Résection de plus d'un mètre d'intestin avec suture au bouton. Mort 4 jours après ; à l'autopsie on découvrit des amas ganglionnaires multiples et d'autres noyaux à la fin du grêle.

Cabot a opéré un homme de 42 ans souffrant de douleurs depuis quelques mois, sur la constatation d'une masse latérale qui, à l'examen radiologique, apparut sous forme d'une bulle d'air adhérente au côlon gauche. Malgré la présence d'une autre masse perçue au T. R., il réséqua cette première tumeur iléale emportant les tuniques externes envahies du côlon gauche. C'était un lymphosarcome typique, avec épaississement considérable de la paroi intestinale et dilatation très marquée de la lumière. Il remarqua d'autres nodules, surtout pelviens, qu'il fit traiter par radiothérapie post-opératoire. Quatre mois après, ce malade fut réopéré pour une occlusion qui se montra d'origine exclusivement cicatricielle. L'examen détaillé de l'abdomen ne montra aucune trace de tumeur. Toutefois, un petit nodule sous-cutané, prélevé, fut reconnu lymphosarcomateux à l'examen histologique.

De ces formes multiples on peut rapprocher les *tumeurs lymphatiques avec masse ganglionnaire importante*, et d'autre part, les *infiltrations lymphosarcomateuses très diffuses*.

Weeden (obs. III) cite deux cas de lymphosarcome très étendus, dont un guéri par rayons X au bout de trois ans et demi.

Dans le cas de Silver, il s'agit d'un homme de 50 ans, se

plaignant de douleurs épigastriques, de diarrhée, d'un amaigrissement de 7 kilos depuis 4 mois. Pas de masse palpable. Sur le cliché radiographique, images hydroaériques du grêle en marches d'escalier. A l'intervention, on trouve un épaississement du grêle transformé en un tube rigide, de couleur pourpre, recouvert par endroits d'un exsudat gélatineux jaunâtre. Cette infiltration partant de la valvule de Bauhin s'étendait sur une longueur de 2 pieds. Ganglions dans le mésentère. Résection de 70 cm. d'iléon et anastomose bout à bout. Radiothérapie. A repris 11 kilos en six mois. A l'ouverture de la pièce : épaississement des parois, muqueuse granitée et parsemée de petites ulcérations le long de la ligne d'attache du mésentère.

La découverte d'une *tumeur intestinale avec masse ganglionnaire considérable* n'est pas exceptionnelle, le problème qu'elle pose est en réalité celui de la filiation entre ces deux tumeurs.

En voici un exemple (Weeden, 11) : Homme de 24 ans ; douleur tenace dans la fosse iliaque droite depuis 18 mois. A l'intervention, une tumeur envahissant les 4 derniers pouces de l'iléon avec une masse ganglionnaire triangulaire importante. Hémicolectomie typique avec ablation des ganglions. Radiothérapie. En bonne santé un an après.

Qu'il s'agisse de tumeurs multiples, ou d'un envahissement continu étendu ou d'une tumeur avec masse ganglionnaire satellite, toujours ces tumeurs lymphatiques apparaissent dans ce chapitre presque davantage comme une maladie régionale que comme une néoplasie vraiment localisée. C'est bien la description de la lymphosarcomatose de Kundrath.

VI. — D'autres *formes compliquées* sont à noter :

- des formes perforantes,
- des formes suppurées.

Dans les deux cas, sur les symptômes de la maladie chronique qui s'est manifestée depuis plusieurs mois, se greffent des accidents aigus, bruyants, réalisant tantôt des

syndromes de péritonite, tantôt des aspects de suppuration abdominale subaiguë, pseudotuberculeuse parfois.

Un cas de perforation du grêle a été observé par Oetl : un homme de 64 ans, jusque-là en bonne santé apparente, est pris en plein travail d'une douleur abdominale très vive. Aggravation après 48 heures, avec vomissements et contracture. A l'incision du péritoine : liquide fluide verdâtre sans odeur. Dans le quadrant supérieur gauche, à 1 m. 50 de l'angle duodénojéjunal, une tumeur de la grosseur d'un poing. Une perforation en tête d'épingle en pleine tumeur siégeant sur le bord libre de l'intestin. Dans le mésentère, ganglions comme des cerises. Résection de 24 cm. de grêle et termino-terminale. Drain dans le Douglas. Radiothérapie pénétrante. Guérison post-opératoire.

Une observation analogue citée par Malbrand relate le cas d'une tumeur lymphatique perforée du grêle, guérie depuis deux ans après résection intestinale.

Un accident ulcéro-gangréneux très complexe est rapporté par Chigot : Homme de 42 ans, hospitalisé 4 mois auparavant à la Salpêtrière pour troubles intestinaux, sorti de l'hôpital sans qu'un diagnostic précis ait été posé, rentre d'urgence en état d'occlusion fébrile. A l'intervention, pus dans le péritoine. Plusieurs perforations d'une anse jéjunale, près de son bord mésentérique, dont l'une au niveau même de l'attache du méso. Cette anse jéjunale est soudée au cæcum, à 4 travers de doigts au-dessus de la valvule de Bauhin et fistulisée dans lui sur une largeur d'une paume de main. Les parois cæcales sont également sphacélées, avec une perforation inféro-interne. Absès gangréneux de l'angle iléocolique qui pointe vers le mésentère. Grosse masse ganglionnaire dans le méso. Résection du jéjunum et du méso. Cæcostomie. Mort le lendemain. Histologiquement, jéjunum, cæcum et ganglions étaient envahis par un lymphosarcome à cellules polymorphes.

Des observations assez semblables à celle-ci sont celle de Grégoire résumée dans la thèse de Malbrand, d'une péritonite par sarcome globo-cellulaire de l'iléon, suppuré, traité par résection, avec mort post-opératoire et celle

rapportée par Lecène d'une péritonite suppurée localisée compliquant une tumeur lymphatique énorme iléocæcale.

Une variété intéressante de ces complications suppuratives est rapportée par Weeden où un abcès s'était greffé non pas sur la tumeur intestinale, mais sur la masse ganglionnaire satellite. Cette évolution s'était faite sans fièvre, avec quelques douleurs et une contracture de la fosse iliaque droite. Après incision de Mac Burney, apparût une tumeur iléale située à 12 cm. de la valvule, annulaire, large de 3 cm., déprimée au centre. Dans le méso, deux masses ganglionnaires volumineuses : la plus grosse de 8 cm. de diamètre, franchement suppurée, l'autre de 55 mm. de diamètre, fluctuante au centre, contenant des débris grisâtres nécrotiques. Le pus de la première collectionensemencée donnait des cultures de streptocoque et de colibacille. Le liquide de la deuxième était stérile. On pratiqua une résection intestinale avec drainage des masses suppurées qu'on laissa en place. A noter que la muqueuse intestinale était absolument intacte. Examen histologique : lymphosarcome assez polymorphe, surtout à grands mononucléaires. Récidive 4 mois plus tard.

Une dernière variété de ces formes compliquées est réalisée par des tumeurs qui soudent entre eux plusieurs segments du tube digestif et produisent des *fistules* entéro-entérales et entéro-coliques variées.

C'est dans ce cadre qu'entre le cas publié par Braine d'une fistule tumorale jéjunocolique avec adénopathies. Braine fit une résection large des tissus infiltrés et des ganglions. Son malade reste guéri au bout de 12 ans. La coupe histologique diversement interprétée par Lecène et par le laboratoire de l'Institut Curie, semble bien être une tumeur lymphatique polymorphe et atypique et non une maladie de Hodgkin.

D'Allaines a observé un cas très complexe qui combine la multiplicité des tumeurs avec une fistule tumorale entéroentérale réalisant un anneau intestinal fermé avec court-circuit. La description de la pièce, encore inédite, se trouve détaillée plus loin.

Les tumeurs lymphatiques du carrefour iléocæcal.

Ce qui fait l'unité de ce groupe de tumeurs c'est le fait que les tumeurs lymphatiques de l'iléon terminal ne s'arrêtent pas au cæcum, pas plus que celles du cæcum ne s'arrêtent à la valvule ; enfin le fait que celles de l'appendice s'accompagnent presque toujours d'une infiltration tumorale du bas-fond cæcal. Alors que le développement des sarcomes lymphatiques de l'estomac, de ceux du duodénum respectent toujours les limites de ces organes, par contre le territoire biologique des tumeurs cæcales, valvulaires, appendiculaires englobe toute la région du carrefour. La cause en est sans doute la vascularisation de toute cette région par le seul pédicule iléocæcal. En outre toutes les tumeurs de cette zone tendent à se propager au groupe ganglionnaire de l'angle iléocæcal.

Nous étudierons donc dans ce chapitre :

- a) les tumeurs cæcales,
- b) les tumeurs valvulaires,
- c) les tumeurs appendiculaires,
- d) les tumeurs iléocæcales.

D'emblée il est à noter que, quelle que soit leur localisation précise, *les tableaux cliniques* réalisés par tout ce groupe de tumeurs sont presque superposables entre eux.

S'agit-il d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec constipation ou diarrhée, c'est sous le diagnostic d'appendicite chronique que la tumeur en question est découverte à l'opération.

S'agit-il d'une tumeur iliaque droite à contours inférieurs et externes bien limités, assez mobiles, moins toutefois que les tumeurs du grêle : c'est le diagnostic de tumeur cæcale, tuberculeuse ou cancéreuse, qui est posé, alors que certaines tumeurs volumineuses — rarissimes il est vrai — de l'appendice peuvent revêtir un aspect en tous points semblable. Le pôle inférieur de ces tumeurs est d'ailleurs accessible au T. R., et leur contour est mieux précisé par l'examen bi-manuel.

S'agit-il d'une sténose basse du grêle, avec obstruction chronique progressive, accidentée de crises d'occlusion, avec vomissements et mouvements péristaltiques visibles sous la paroi : la précision clinique ne saurait aller au delà du diagnostic d'un obstacle du carrefour iléocæcal. L'examen radiologique sans préparation ne ferait que le confirmer, montrant une distension gazeuse du grêle et des images hydroaériques en escalier. Le lavement baryté, injecté avec prudence, ne dépasserait guère l'angle colique droit et ne préciserait même pas s'il y a ou non invagination.

En dehors de cet accident aigu, où l'examen radiologique ne saurait être manié avec trop de circonspection, il peut donner certes des indications intéressantes : entre 6 à 8 heures après l'ingestion, la baryte dessine la région iléocæcale. Un cæcum modifié dans sa forme, dans son élasticité avec aspect lacunaire ou irrégularité des contours, telles sont les images les plus caractéristiques.

Le lavement baryté permet d'évaluer la tonicité valvulaire. Très importante est la comparaison spatiale entre l'image radiologique et le siège de la tumeur palpable.

Le traitement opératoire enfin de toutes ces tumeurs est le même : l'hémi-colectomie typique est sans doute l'opération habituellement pratiquée. Cependant chez les malades fatigués, une résection iléocæcale passant aux limites du territoire vasculaire paraît suffisante et a été pratiquée avec succès. Seules les tumeurs appendiculaires sans atteinte des ganglions indiqueraient peut-être une exérèse plus limitée. Les faits importants qui règlent les conditions de cette intervention sont l'intégrité du plan de clivage rétrocæcal

et l'absence de ganglions tumoraux dans la racine du méso.

A. — *Les tumeurs lymphatiques du cæcum* sont les plus fréquentes des tumeurs coliques. Goldstein, en Amérique, en a relevé 134. Il insiste sur leur extension rapide et leur grande malignité. En clinique elles peuvent revêtir trois tableaux anatomo-cliniques, très semblables d'ailleurs à ceux précédemment décrits dans le chapitre des tumeurs du grêle : la forme tumorale, la forme sténosante, la forme compliquée d'invagination.

La forme tumorale semble la plus fréquemment observée. Ainsi dans le cas de Belleli, une tumeur de la fosse iliaque droite, volumineuse comme une tête de fœtus, fut l'unique symptôme ; cette tumeur, arrondie, indolore, était mobile, submate à la percussion. Son pôle inférieur était perçu au T. R. Son volume ne diminuait pas après purgation. Pas de signes radiologiques nets ; pas de sang dans les selles. A l'intervention, cette masse oblongue, uniformément lisse et semi-élastique, avec son cordon appendiculaire, pouvait en imposer pour un rein cancéreux. On extériorisa la tumeur cæcale ; on posa 2 entérotomes à 4 doigts de part et d'autre de la tumeur. Une anastomose termino-terminale fût faite ainsi qu'une suture des 2 tranches du méso réséqué. Cette masse tumorale infiltrait longitudinalement tout le cæcum ; circonférentiellement elle laissait libres 2 centimètres de paroi ; par places elle envahissait le méso. La muqueuse était intacte. L'index introduit dans la lumière cæcale ne touchait pas la valvule. Malgré ce rétrécissement anatomique, il n'y avait pas eu de signes cliniques de sténose. Aspect histologique de lymphocytome. Les suites opératoires, d'abord normales, se compliquèrent dans la deuxième semaine d'une pneumonie mortelle.

Cette même forme tumorale, avec des vomissements cependant, se retrouve chez une malade de Perry : tumeur à accroissement rapide, sans troubles du transit. Le lavement baryté montra un léger arrêt au niveau du sigmoïde

dû à une compression tumorale extrinsèque ; et le diagnostic fut : tumeur de l'utérus. L'intervention consista en une hémicolectomie typique. Quelques jours après, apparût une occlusion postopératoire qui fut traitée avec succès par une libération d'adhérences, un drainage de la cavité abdominale et une iléostomie. La convalescence fut très longue ; la guérison acquise au bout de 9 mois seulement ; à ce moment on commença une série de rayons X. Cinq années après la malade était en parfaite santé.

Un autre exemple encore de cette forme tumorale est le cas suivant de Dixon : masse volumineuse du quadrant inférieur droit de l'abdomen en rapport avec un aspect lacunaire des clichés cœcaux. Cette tumeur avait envahi le plan de clivage rétrocœcal et nécessita la dissection de la graisse périrénale et de l'uretère. Une hémicolectomie fut faite, emportant 122 cm. de grêle, avec ablation de tout le mésocôlon droit dans lequel se trouvaient des ganglions envahis, et avec iléotransversostomie. Les suites furent agitées ; on fit un traitement radiothérapique pénétrant. Le malade reste guéri 3 ans et demi plus tard.

La forme occlusive paraît beaucoup plus rare. Elle est réalisée dans l'observation de Desplas qui se trouve à la fin de ce travail : les crises douloureuses mal rythmées par les repas, un ballonnement assez localisé péri et sous-ombilical, des ondes péristaltiques visibles dans l'étage inférieur de l'abdomen permirent le diagnostic préopératoire d'occlusion chronique du grêle bas située. L'exérèse fut faite en deux temps et suivie de guérison.

La forme compliquée d'invagination est décrite dans un cas de Pattison :

Chez une femme de 42 ans surviennent des crises douloureuses localisées dans le flanc droit, en même temps qu'un amaigrissement important. A l'examen, masse douloureuse dans la F. I. D. G. R. = 3.000.000. G. B. = 6.700. B. W. —

L'intervention révéla une invagination iléo-cœcale causée par une masse située à l'intérieur du cæcum. Tumeur ganglionnaire dans le méso du volume d'une balle de tennis. Hémicolectomie avec ablation des ganglions.

A l'ouverture de la pièce : la masse intracæcale parut développée aux dépens de la sous-muqueuse ; et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur cellulaire, sans structure, du type lymphocytome, avec de nombreuses mitoses.

Revue 15 mois plus tard, cette malade parut guérie. 7 ans plus tard, elle revint cachectique avec des masses abdominales multiples.

B. — *Les tumeurs de la valvule iléo-cæcale* ne sont pas fréquentes ; nous avons trouvé deux cas inédits : celui de Moulonguet, celui de Baumgartner que nous publierons plus loin.

La tumeur est située sur le versant cæcal de la valvule ; dans un cas l'infiltration est très peu étendue et semble encadrer une des languettes de la valvule ; dans l'autre, l'infiltration a nettement gagné la paroi cæcale, mais reste confinée à la sous-muqueuse.

Dans les deux cas, la manifestation clinique unique a été une invagination iléo-cæcale, parfaitement réductible d'ailleurs à l'intervention.

Opérés très tôt par résection large, ces malades ont guéri, l'un depuis 15 ans.

C. — *Les tumeurs lymphatiques de l'appendice* sont extrêmement rares. Vassmer n'a trouvé sur 85 tumeurs malignes de l'appendice, que 2 sarcomes. Friend a réuni 20 observations de tumeurs lymphatiques isolées de l'appendice.

L'invasion secondaire de l'appendice dans une tumeur cæcale, par une sorte de néoplasie régionale, n'est pas très rare. C'est le cas de l'observation de Desplas. C'est aussi celui de Pinto, où non seulement le cæcum et l'iléon, mais aussi l'appendice étaient envahis.

L'infiltration de l'appendice, tout en étant prédominante, peut coexister avec un envahissement du bas-fond cæcal. Ainsi dans l'observation d'Ewans, où, lors d'une intervention pratiquée à la suite d'un syndrome douloureux de la F. I. D. avec alternance de constipation et de diarrhée et

sensibilité à la palpation de la région cæcale, on trouva un épaississement du bas-fond cæcal autour de la base d'implantation de l'appendice, réalisant une tuméfaction de 15 cm. de diamètre principal. On fit une ablation de l'appendice et du bas-fond cæcal. A l'examen de la pièce : la muqueuse cæcale était normale. Il existait un noyau d'infiltration à la base de l'appendice et une zone d'infiltration diffuse de la moitié distale de l'organe en position récurrente. Histologiquement : tissu lymphoïde tumoral.

Dixon, chez une fille de 12 ans, a fait également une résection cæco-appendiculaire avec iléotransversostomie pour une forme analogue, à prédominance appendiculaire avec infiltration du bas-fond cæcal. Radiothérapie post-opératoire. Guérison au bout de 11 mois.

Très particulier est le cas de Brizard, Driessens et Malatray, qui fut révélé uniquement par une masse apparue depuis 11 mois chez un homme de 27 ans. Masse située dans la F. I. D., du volume d'une tête d'enfant, lisse, dure, mobile, indolore. On la retrouva au T. R. Aucune modification du transit baryté. A l'intervention, cette tumeur, arrondie, du volume de 2 poings, adhérente à l'épiploon, s'implante par un pédicule étroit sur le cæcum à l'intersection des trois bandes coliques. Elle est reliée à l'iléon par un méso légèrement envahi. Rien qui ressemble à un appendice. Ecrasement et ligature du pédicule et enfouissement. A la section, cette tumeur est formée par du tissu blanchâtre avec taches ecchymotiques et une cavité remplie de substance nécrotique. Pas de vestiges certains de la lumière appendiculaire. Histologiquement : infiltration uniformément dense de petites cellules rondes, à noyau volumineux, très coloré, à protoplasma peu abondant et clair. Nombreux vaisseaux sans paroi propre. Trame très ténue. Aucune cellule argentaffine. Malgré nos efforts, nous n'avons pu avoir des nouvelles sur l'état actuel de ce malade.

En somme, une forme infiltrante cæco-appendiculaire, une forme tumorale isolée, une symptomatologie clinique bâtarde d'appendicite subaiguë ou de tumeur iliaque sans

signe radiologique : tel nous paraît en raccourci l'aspect habituel des tumeurs lymphatiques appendiculaires.

D. — *Les tumeurs iléo-cæcales* envahissant sans solution de continuité l'iléon terminal et le cæcum ne sont pas exceptionnelles. Nous avons recueilli deux observations inédites (15 et 9) : celle de Jourdan et celle de Deniker. Cette dernière est très curieuse parce que à la suite d'une première tumeur iléale, réséquée d'une manière trop économique, survint une tumeur cæcale, inopérable.

Dans la littérature nous avons trouvé 3 autres cas.

Patisson rapporte une invagination iléocolique due à une tumeur lymphatique en bande, épaisse de 2 cm. 1/2, étendue depuis le segment terminal de l'iléon jusqu'au bas-fond cæcal et à la base d'insertion de l'appendice. A l'ouverture de l'intestin, de nombreuses saillies nodulaires, en partie ulcérées. Lymphocytome. Résection iléo-cæcale suivie de guérison de 12 mois.

Une forme plus massive est décrite par Rankin chez un homme de 31 ans se plaignant depuis 6 mois de douleurs dans la fosse iliaque droite à exacerbation post-prandiale avec constipation. Présence d'une masse dans la F. I. D., ovoïde, tendue, douloureuse. Température à 38°, pouls à 106. G. R. = 4.000.000. G. B. = 11.000. Poly = 68 %. Diagnostic : abcès appendiculaire. A l'intervention, apparut une volumineuse tumeur épaississant le cæcum de 3 cm., l'infiltrant jusqu'à une distance de 5 cm. de la base d'insertion appendiculaire, remontant l'iléon sur 1 cm. 1/2. Muqueuse pourpre, rugueuse ; plis normaux effacés. Ganglions mésentériques. Hémicolectomie avec ablation incomplète des ganglions. Lymphosarcome. Récidive 4 mois plus tard : masses abdominales multiples.

Assez voisin est le cas observé par Pinto, mais différent par son syndrome occlusif : à la suite d'accidents d'obstruction intestinale apparus depuis quelques mois chez un garçon de 6 ans et déjà accompagnés d'un amaigrissement important avec perception d'une tumeur iliaque droite, survint subitement une occlusion complète. A l'examen, la

tumeur de la fosse iliaque parut bosselée, légèrement mobile avec les mouvements respiratoires, douloureuse, mate à la percussion et séparée de la matité hépatique par une zone sonore. Le pôle inférieur fut facilement perçu au T. R.

Lorsqu'à l'intervention on extériorisa cette tumeur par décollement rétropéritonéal, on s'aperçut qu'elle englobait l'iléon terminal, l'appendice et une partie du côlon ascendant. On pratiqua une exérèse et une iléotransversostomie en un temps. Histologie : lymphocytome malin.

Décès 2 mois plus tard. Pas d'autopsie.

Les tumeurs lymphatiques du côlon.

Les tumeurs lymphatiques du cadre colique proprement dit, si l'on en excepte celles du cæcum et du rectum, sont d'une extrême rareté.

Dans les cas que nous avons relevés, nous avons trouvé près de 50 % de formes sténosantes. La tumeur plus périphérique, plus fixe, est plus facile à localiser. Toutefois, celles du côlon transverse, lorsqu'il est long et flottant, sont d'un siège variable, quelquefois sous-ombilical, d'une grande mobilité ; elles sont mobiles avec la respiration. Dans les formes chroniques, le retentissement sur la défécation est plus net, qu'il s'agisse de constipation ou de diarrhée.

En réalité, c'est l'examen radiologique, après lavement et ingestion barytée, qui précise le siège de la zone tumorale. Qu'il dessine un arrêt ou un aspect segmentaire différent de la région voisine par son opacité, par une irrégularité des contours, l'examen radiologique revêt surtout une grande importance quand il permet la superposition de cette zone radiologique anormale à la tumeur clinique. Voici quelques observations présentées dans l'ordre qu'indique leur siège plus ou moins haut sur le cadre colique :

Une tumeur sur le côlon ascendant est rapportée par Fisher : c'est une tumeur du volume de deux oranges, localisée sur le côlon ascendant à 2 pouces de l'angle hépatique, avec une altération impressionnante de l'état général. Le premier temps opératoire consista en une anastomose iléo-transversaire avec exclusion du côlon ascendant. Lorsque trois mois plus tard on intervint pour le deuxième temps, on trouva cette tumeur bien plus volumineuse, adhérente au foie, à la vésicule et à la paroi abdominale. On pratiqua

une ablation en bloc de cette tumeur, de la vésicule, des ganglions et de la graisse périrénale et de la paroi envahie. Le malade guérit.

Sur le côlon transverse deux observations, l'une d'une forme tumorale du côlon droit, l'autre d'une forme sténosante de l'angle splénique.

La première, de Nobo Gelats, relate l'apparition progressive, chez une femme de 22 ans, à passé dysentérique, de diarrhée par moment sanglante, avec coliques siégeant dans la F. I. D., altération de l'état général. Tous ces signes sont apparus depuis 6 mois. A l'examen : une tumeur du flanc droit, visible, mobile avec les mouvements respiratoires, dure, douloureuse, peu mobilisable, mate entre deux zones sonores. G. R. = 4.400.000. G. B. = 30.000. B. W. — A l'examen radiologique : défaut de remplissage de la moitié droite du côlon transverse qui se retrouve à deux examens. Intervention en deux temps : iléotransversostomie près de l'angle splénique. Ablation en bloc de la tumeur après décollement colo-pariétal difficile ; ablation simultanée d'une partie de la paroi musculaire antérieure déjà envahie. Quatre séries de rayons X. Six mois plus tard, le malade avait gagné 8 kilos.

La deuxième observation est de Weeden. C'est celle d'une obstruction intestinale apparue depuis 5 semaines. Après lavement baryté, l'examen radiologique localise l'obstacle près de l'angle gauche du côlon. A l'intervention : masse située sur le transverse au niveau de l'angle splénique. Premier temps selon la technique de Mickulicz, avec cœcostomie. Mort subite après l'opération.

Sur le côlon gauche se situe un cas de Dixon ; forme polypoïde caractérisée cliniquement par des selles fréquentes, des vomissements, l'apparition intermittente d'une tumeur du quadrant inférieur gauche. Signes radiologiques d'invagination. Amaigrissement de 21 kilos. A l'intervention : tumeur volumineuse située à l'union du descendant et du côlon iliaque. Extériorisation. Résection 8 jours après, selon la technique de Mickulicz. Radiothérapie. Revu 6 mois plus tard, le malade avait repris son poids normal. L'aspect

radiologique du côlon était également normal. A l'examen de la pièce : polype ulcéré, largement sessile, de 8 cm. de large. Histologiquement : lymphosarcome.

Enfin, *une tumeur du sigmoïde* a été publiée par Golob : occlusion intestinale survenue chez un homme de 33 ans, à la suite de troubles digestifs et douloureux dont il était atteint depuis 7 mois. Le lavement baryté localise l'obstacle sur l'anse sigmoïde. Par incision iliaque, on extériorisa une masse blanchâtre semi-cartilagineuse. Cœcostomie de sécurité. Mort le soir par péritonite. La tumeur est constituée par un épaissement qui triple la profondeur de la paroi intestinale avec intégrité de la muqueuse, rétrécissement de la lumière intestinale. Des ganglions mésocoliques. L'autopsie montra qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur localisée : il y avait d'autres nodules sur le côlon et un épaissement de la région iléo-cæcale.

Il ne faudrait pas conclure de cette seule observation que les tumeurs lymphatiques du sigmoïde sont habituellement sténosantes. Smith qui en fait une étude clinique d'ensemble note plutôt dans ces tumeurs la grande fréquence du syndrome diarrhéique, des douleurs, le grand nombre des hémorragies. Ces symptômes les rapprochent d'ailleurs des localisations rectales.

Tumeurs lymphatiques du rectum.

Moins rares que celles du côlon, ces tumeurs ont été étudiées par Bensaude qui en a recueilli 9 observations déjà publiées. Sutton en a rapporté 3 autres.

Ces tumeurs ne représentent cependant que 0,5 % des tumeurs malignes du rectum (Sutton).

Leur *siège* habituel est bas, sus-sphinctérien, de 2 à 4 cm. du sphincter anal. Cette forme proprement rectale n'a guère tendance à envahir le canal anal ; par contre, c'est vers le haut qu'elle s'étend, quelquefois sur 5 cm., 8 cm., et plus.

Latéralement elle tend à être circonférentielle mais ne forme que rarement un anneau complet. Dans les tumeurs à siège antérieur, — cas le plus fréquent, — c'est en arrière qu'existe — comme pour le cancer — presque toujours un pont de tissu sain.

Lorsque ces tumeurs atteignent un certain volume, elles tendent à faire saillie dans l'ampoule rectale et à en rétrécir le calibre ; parfois au contraire elles refoulent les organes voisins, et peuvent bomber sous la paroi vaginale postérieure (Stolz).

La forme bosselée, multinodulaire, la consistance ferme, élastique, la tranche de section homogène, gris jaunâtre, sont en tous points conformes au type habituel. L'ulcération ici aussi est inconstante, très rarement pénétrante. L'expansion néoplasique dépasse très tardivement et très rarement la gaine rectale, et le clivage du rectum ne rencontre que peu de difficultés techniques.

La propagation ganglionnaire atteint en premier lieu les relais compris dans le tissu cellulaire péirectal. L'at-

teinte du groupe ganglionnaire de la bifurcation hémorroïdale, pour vraisemblable qu'elle paraisse, n'a cependant été expressément mentionnée dans aucune des observations.

A côté de ce type habituel de tumeur rectale, large et volumineuse, existe le type polypeux dont la malignité est contestée. Suivant le siège, des tumeurs anales et des tumeurs rectosigmoïdiennes seront à étudier. Enfin la multiplicité et l'extension étendue en hauteur ne sont pas rares.

Le tableau clinique de la *tumeur lymphatique sus-sphinctérienne* fait presque toujours état de 3 ordres de signes : douleur, troubles de la défécation, hémorragies. Les douleurs, parfois vives, plutôt sourdes, sont souvent d'apparition tardive. Elles peuvent s'exagérer en position assise. Plus fréquemment, elles sont accentuées par la défécation, soit sous forme de besoins douloureux, soit de ténésme, soit de crises fissulaires. Aussi la constipation est-elle habituelle dans les formes douloureuses.

Les troubles de la défécation sont également variés, rarement intenses : troubles de la sensibilité sphinctérienne, faux besoins, très tardivement incontinence.

L'émission de glaires ou de pus peut s'observer dans les formes ulcérées.

Deux symptômes sont constants : la diarrhée et les hémorragies. La diarrhée est soit périodique soit intermittente, quelquefois continue. Les hémorragies peuvent être des hémorragies véritables, précédant ou accompagnant la défécation ; ce sont souvent de simples stries sanglantes mêlées aux matières.

A ce syndrome fonctionnel très variable dans sa richesse, plutôt fruste dans l'ensemble, se joint tôt une altération de l'état général : perte de poids et de forces.

L'examen physique, le toucher rectal, révèlent l'existence de la tumeur. Facilement accessibles par leur limite inférieure, ces masses sont souvent volumineuses, saillantes et bosselées ; leur consistance est ferme, quelquefois un peu mollassse, mais plutôt élastique. Le fait que la

muqueuse peut être intacte, mais est cependant capiton-née en profondeur par la masse sous-jacente et qu'elle ne glisse pas sur elle est un signe de grande valeur ; l'absence de bourgeons, la moindre friabilité, les différencient encore du cancer épithélial plus souvent ulcéré. Le toucher apprécie aussi les limites de la tumeur, limites latérales, limite supérieure surtout ; celle-ci peut être hors de l'atteinte du doigt. Elle doit à tout prix être précisée, par l'examen radiologique au besoin. Car l'extension très lointaine qui existe dans certaines formes diffuses pourrait contre-indiquer le traitement chirurgical ; moindre, elle imposerait des modifications du plan opératoire. Extension en profondeur aussi : la mobilité rectale tout comme pour les cancers, est un excellent critère de l'opérabilité, et avec les mêmes restrictions que pour ceux-ci. Bien plus souvent que dans les cancers elle est conservée.

L'exploration endoscopique enfin complétera toujours l'examen physique : contrastant avec la muqueuse normale plus rouge, la muqueuse de la zone tumorale paraît plus pâle, rosée ou grisâtre. Parfois existent des ulcérations superficielles, plates ; parfois aussi des ulcérations vraies, et presque toujours à fond uni. L'aspect vallonné de la zone infiltrée, à muqueuse intacte, est comparé par Bensaude à celui des circonvolutions cérébrales. Il détermine des sinuosités de la lumière intestinale. Sans être tout à fait franches, les limites entre zone saine et zone tumorale sont cependant marquées par des modifications rapidement progressives de couleur, de consistance et d'aspect.

La biopsie doit achever cet examen endoscopique. Difficile à faire sur une muqueuse intacte, sur laquelle la pince ne mord pas, elle doit être pratiquée en pleine tumeur, en un point saillant, où la muqueuse a disparu.

Toujours, la numération globulaire, la recherche du B.-W. dans le sang, et lorsque le diagnostic s'affirme de tumeur lymphatique, l'exploration des aires ganglionnaires, du foie, de la rate, du tube digestif en entier seront à faire.

Le traitement chirurgical dans les formes opérables est l'amputation du rectum, soit amputation périnéale qui a été couronnée de succès dans plusieurs cas, soit abdomino-périnéale dans les formes étendues en hauteur. La résection avec conservation sphinctérienne semble hasardeuse dans ces formes habituelles.

Très particulière est la forme polypeuse qui peut se révéler par un prolapsus. Un cas tout à fait remarquable a été observé par Key chez un homme de 41 ans : depuis un an se produisait un prolapsus réductible d'un nodule de la taille d'une cerise, avec hémorragies pendant la défécation, constipation et amaigrissement. Au T. R., une tumeur arrondie du volume d'une noix, pédiculée, implantée sur la paroi postérieure et facilement mobilisable. Convaincu de sa bénignité, Key en fit une résection limitée. Un mois plus tard, il dut constater l'apparition d'une tumeur d'un volume plus considérable, ferme, lisse et lobulée, largement implantée, et infiltrant déjà le petit bassin avec adhérence au sacrum : tumeur inopérable. La biopsie montra, au milieu d'un stroma peu développé, une infiltration dense de cellules rondes à gros noyaux avec couronne mince de protoplasma. Vaisseaux nombreux ; nécrose superficielle.

Cette observation pose le problème de la bénignité du polype lymphadénomateux de Branca, Quenu et Hartmann.

A l'opposé, *les formes multiples ou étendues*. Exner a opéré avec succès une tumeur double. La première située à 1 cm. 1/2 de l'anus était constituée par une infiltration plane de 5 cm. de diamètre, ulcérée, à bord saillant et mamelonné. Au-dessus, séparée d'elle par un pont étroit de muqueuse saine, une 2^e tumeur, du volume d'une petite paume de main, saillante et sessile, à surface ulcérée, presque circulaire, infiltrant la gaine péri-rectale. Histologiquement : sarcome à petites cellules rondes. La guérison, obtenue par l'amputation rectale, se maintenait 2 ans après.

Quant au sarcome lymphatique très étendu (des cas

ont été décrits avec une infiltration allant depuis le rectum jusqu'au cæcum) il n'entre pas dans le cadre de cette étude.

Suivant le siège :

La tumeur lymphatique rectosigmoïdienne peut revêtir une forme sténosante, se manifester par des crises très violentes de douleurs sacrococcygiennes avec épreintes cessant brusquement par une débâcle gazeuse (Sutton). Un certain degré de ballonnement abdominal peut d'ailleurs traduire la sténose basse chronique. Le lavement baryté donne des indications indispensables, quoique limitées. Il localise la sténose, il indique grossièrement l'étendue de la tumeur, sans préciser souvent d'une manière très détaillée les contours intestinaux. Smith a insisté sur les aspects trompeurs de la sigmoïdoscopie : nodules sous-muqueux nombreux, polypes largement sessiles, tumeurs ovoïdes d'aspect carcinomateux, envahissement tubulaire avec épaississement et œdème de la muqueuse.

Très riche, au contraire, est la symptomatologie des *tumeurs lymphatiques anales*, dont Bensaude, Cain et Hillemand ont décrit deux cas : incontinence sphinctérienne, douleurs violentes, bourgeons visibles, s'extériorisant par l'anus, devraient en permettre le diagnostic précoce. Cependant dans les 2 cas décrits, l'un très avancé, l'autre greffé sur un rétrécissement vénérien, le traitement radiothérapique mis en œuvre sous le couvert d'un anus iliaque ne semble même pas avoir retardé l'évolution mortelle. L'observation d'Oulié (17) d'une tumeur lymphatique anorectale chez le nourrisson, révèle une fonte très rapide des tumeurs sous l'effet des rayons, mais une récurrence non moins rapide avec évolution mortelle en quelques mois. Ce cas à tumeurs multiples dont 2 périnéales entre d'ailleurs dans le cadre des tumeurs ano-périnéales de Bensaude et sont un peu en marge de ce travail.

Les tumeurs lymphatiques de l'enfant.

Quoique moins fréquentes que chez l'adulte, les tumeurs lymphatiques ne sont pas rares chez l'enfant. Elles s'observent depuis l'âge de trois ans, surtout de cinq à dix ans, bien plus rarement après la douzième et treizième année.

Leur siège est presque toujours le même : la région iléale et iléocæcale.

Tantôt ce sont des tumeurs déjà volumineuses, précocement multiples ou compliquées, avec métastases et fièvre : tel est le cas de Leveuf. Tels sont encore les cinq cas cités par Lecène.

Ailleurs, ce sont des formes compliquées de suppuration ou de nécrose, comme dans une observation de Cave, des formes compliquées de péritonite diffuse sans porte d'inoculation évidente, comme dans le cas 12 de Lecène.

Mais ces formes très malignes, inopérable par leur extension, leur multiplicité ou leurs métastases, grevées d'une lourde mortalité opératoire par leurs possibilités d'infection virulente, vouées fatalement à la récurrence dans les cas les plus favorables, ne constituent pas une règle absolue.

Certes, les résultats opératoires tardifs ont été publiés en nombre insuffisant pour nous permettre d'étayer un pronostic circonstancié sur des bases solides. Mais les bons résultats persistant après un an ou plus sont nombreux : Ainsi, Charache publie un cas de lymphosarcome parfaitement localisé à l'iléon terminal, typique, guéri par résection iléo-mésentérique et radiothérapie chez un garçon de 7 ans.

Ainsi, dans l'observation inédite de Moulonguet que nous

publions plus loin, une tumeur en plaque, à siège iléal, compliquée d'une invagination, a été opérée avec résultat favorable qui se maintient actuellement depuis un an.

Le cas publié par Charleux et Cuny que nous reproduisons également *in extenso* plus loin, constitue une observation encore plus saisissante : A la suite d'une résection en plusieurs temps exécutée sur une tumeur iléale invaginée, suivie de radiothérapie, chez un enfant de trois ans, la guérison se maintient actuellement depuis six ans et demi.

Dans les formes plus étendues qui englobent toute la région iléocœcale, des cas heureux et défavorables ont été également publiés. Comme cas défavorable mentionnons celui de Pinto : La résection d'une tumeur étendue depuis l'iléon terminal jusqu'au côlon ascendant a été suivie, au bout de deux mois, d'une récurrence très rapidement mortelle. Par contre, dans un cas tout à fait analogue de Pattison, la résection large, complétée par des séries de radiothérapie, a été suivie chez un garçon de quatre ans d'une guérison de quinze mois. Favorable aussi a été l'évolution post-opératoire du lymphosarcome cæco-appendiculaire rapporté par Dixon ; guérison de 1 an.

Quant aux *tableaux cliniques* que réalisent ces tumeurs lymphatiques, chez l'enfant, ils diffèrent très peu de ceux que nous avons rapportés chez l'adulte. Lorsque ces tumeurs évoluent suivant un mode chronique, ce sont des douleurs, une tumeur abdominale, iliaque ou pelvienne le plus souvent, ce sont des troubles intestinaux et une perte de poids qui en constituent les principaux signes. Peut-être les vomissements sont-ils plus fréquents chez l'enfant ; mais c'est un signe courant en pédiatrie qui, de ce fait, perd de sa valeur. La fièvre, qui est constante dans les formes étendues ou métastasées, n'a pas été signalée, à notre connaissance dans les cas isolés et localisés.

Quant aux accidents aigus ou subaigus d'invagination ou d'occlusion, ils sont facilement diagnostiqués lorsqu'ils se déroulent sous les yeux du chirurgien. Mais dans l'intervalle des crises d'invagination, l'interrogatoire se montre en général trop confus pour permettre un diagnostic précis ;

la présence de sang dans les selles, dans ces invaginations, a été notée d'une manière très constante.

Bien moins fréquents que les tumeurs iléocæcales, quelques cas très rares d'autres localisations, tumeurs gastriques et tumeurs rectales par exemple, ont été signalés. Parmi les tumeurs lymphatiques de l'estomac, il faut mentionner le beau succès de Jones et Carmody : Enlevant en bloc une masse volumineuse de l'antrum pylorique avec ganglions de la grande courbure, par résection gastrique très large, chez un garçon de neuf ans, (la pièce pesait 900 gr.) l'opérateur a guéri son malade, guérison qui remonte actuellement à vingt-deux ans.

Nous rapportons plus loin une tumeur rectale primitive chez un nourrisson (obs. 17), qui fut traitée par radiothérapie avec un succès apparent, immédiat, mais très passager.

L'évolution spontanée des tumeurs lymphatiques du tube digestif.

L'étude de l'évolution spontanée des tumeurs digestives rencontre de grandes difficultés qui tiennent au fait qu'aucune évolution continue d'une tumeur primitive et localisée du tube digestif n'a été observée à notre connaissance, sans qu'une tentative opératoire ait été faite.

Les observations des auteurs d'avant-guerre décrivent les tumeurs lymphatiques, telles qu'ils les ont rencontrées dans les autopsies : comme des tumeurs multiples ou de très grande extension, sans en montrer le stade initial localisé ni la succession des symptômes qui a marqué la transformation d'un stade dans l'autre.

Au contraire, les auteurs modernes décrivent les formes primitives et en rapportent les évolutions post-opératoires. Il est vrai que l'on peut se rendre compte des possibilités évolutives de ces tumeurs d'après les modalités de leurs récidives.

Ainsi reconstituée par recoupements, l'évolution de ces tumeurs nous apparaît comme habituellement chronique, échelonnée sur huit à quinze mois, quelquefois cependant accidentée de complications aiguës.

L'évolution chronique est faite surtout d'une accentuation progressive de la défaillance de l'état général, avec accroissement de la fatigue, avec augmentation de la température. Les signes fonctionnels, en général, augmentent de même, dans leur intensité et leur nombre. Enfin, les symptômes physiques donnent lieu à des tableaux divers qui sont subordonnés aux divers mécanismes responsables de l'issue mortelle :

soit complications locales,
soit généralisation viscérale ou ganglionnaire.

L'extension locale se traduit entre autres par une manifestation remarquable : l'*ascite*. Cette ascite, d'apparition insidieuse, est séreuse ou séro-hémorragique, quelquefois, mais bien plus rarement, chyliforme. D'abondance modérée, elle ne doit pas être ponctionnée. Sa présence, même en quantité minime, contre-indique toute intervention chirurgicale, et semble rendre aléatoire le traitement par les rayons X.

Lorsque les poussées ascitiques se répètent, que l'épanchement augmente rapidement de volume, au point d'imposer la paracentèse, l'évolution fatale devient une question de semaines.

Enfin, ces épanchements, d'abord limpides, peuvent se modifier, devenir troubles ou franchement purulents, sans qu'il s'agisse toujours d'une infection surajoutée vraie.

Indépendamment de ces péritonites néoplasiques exsudatives, on peut observer des greffes péritonéales sèches, superficielles, multiples, sensibles à la radiothérapie (Koch).

Les *métastases* surviennent plus ou moins précocement suivant les cas ; s'il y a des tumeurs qui, presque dès leur début, semblent se propager à des groupes ganglionnaires multiples ou à plusieurs viscères, il en est beaucoup d'autres qui restent très longtemps localisées. Rien ne nous a permis de trouver l'explication de ces degrés si différents de malignité dans des aspects histologiques définis.

Ces métastases sont ou viscérales ou ganglionnaires.

Parmi les métastases *viscérales*, le lymphosarcome secondaire du foie est la localisation la plus fréquente. Son apparition peut être insidieuse et n'être marquée que par une cachexie et la constatation d'une tumeur de l'hypocondre droit (obs. Hartmann). Cette métastase hépatique s'associe souvent en réalité à des adénopathies abdominales néoplasiques multiples, réalisant une sorte de lymphosarcomatose abdominale diffuse.

Dans d'autres cas, jointe à la métastase hépatique ou

indépendamment d'elle, on peut observer une dissémination néoplasique dans de nombreux viscères : la rate, le rein, l'ovaire, les poumons sont les organes les plus fréquemment touchés. D'ailleurs nombre de ces tumeurs ont une tendance à la généralisation multiviscérale par des petits nodules disséminés.

Il est une autre variété évolutive de tumeurs qui s'accompagnent d'une *généralisation exclusivement ganglionnaire*. C'est la tuméfaction des ganglions du cou, associée à une hypertrophie des follicules de la langue et du pharynx, qui atteste ce mode de généralisation. D'ailleurs, cette atteinte des ganglions du cou coexiste avec celle des ganglions abdominaux et des ganglions médiastinaux, comme si la propagation s'était faite de proche en proche par voie ascendante. Les adénopathies secondaires atteignent assez rarement des volumes importants, et les ganglions touchés restent habituellement séparés les uns des autres. Dans certains cas, la dissémination néoplasique gagne jusqu'aux aires ganglionnaires périphériques, axillaires et inguinales.

Si les tumeurs lymphatiques peuvent ainsi se transformer en lymphadénie, il est très exceptionnel qu'elles puissent faire place à une *poussée leucémique*. Kato et Brunschwig, qui ont étudié la transformation des lymphosarcomes en leucémies aiguës, transformation notamment secondaire à la radiothérapie, ne citent aucun cas de tumeur digestive. Toutefois, mentionnons l'observation de Sudder dans laquelle une lymphocytose marquée survient au stade terminal d'un syndrome de tumeurs abdominales multiples.

Les accidents aigus qui compliquent l'évolution chronique des tumeurs lymphatiques sont de trois ordres : Péritonite, sténose, invagination. Ces deux dernières sont souvent des symptômes autant que des complications, et ont été étudiées à ce titre dans les chapitres précédents. Quant à la péritonite, elle peut relever de nombreux mécanismes : tantôt elle est consécutive à une perforation intestinale ou gastrique. Par opposition aux perforations cancéreuses,

qui, elles, siègent toujours en amont des tumeurs, les perforations des tumeurs lymphatiques se localisent au centre même des néoplasmes.

Tantôt, elle relève de la diffusion d'une suppuration locale, soit ganglionnaire, soit intestinale (comme dans le cas de Chigot). Enfin, il est des cas de péritonite purulente qui ne s'expliquent par aucune lésion anatomique précise.

Quel qu'en soit leur point de départ, le tableau de ces péritonites est toujours le même, à grand fracas ; et l'évolution est presque constamment mortelle, en dépit de toutes les opérations entreprises. Cependant, à côté des péritonites diffuses, il est fréquent d'observer des péritonites localisées, à type de phlegmon sous-hépatique ou de suppuration ilio-lombaire ou ilio-pelvienne.

La durée moyenne de l'évolution des tumeurs lymphatiques se chiffre, pour de nombreux auteurs, par six à huit mois. En réalité, il nous semble que leur durée est souvent plus importante, et nous aurions tendance à l'évaluer approximativement à dix-huit mois. Ce n'est là, toutefois, qu'une moyenne. Il est des tumeurs qui ont une évolution rapide, pseudo-phlegmoneuse (Cain), mortelle en quelques semaines. Il en est d'autres dont les symptômes se manifestent pendant des années : comme dans l'observation de Michon et celle de d'Allaines, évolution cependant maligne, à coup sûr, dans ce dernier cas. Signalons enfin à ce propos, une observation très curieuse de Weeden qui a opéré une tumeur multiple du grêle, avec adénopathie, chez un homme de trente-deux ans. Quoique l'intervention se soit bornée à une simple exploratrice, le malade survécut pendant deux ans et demi. Il nous semble donc téméraire d'interpréter les formes à évolution très longue, comme le font certains, comme relevant d'une greffe d'une tumeur lymphatique sur une infection astro-intestinale bénigne pré-existante.

Pour Minot et Isaacs, la malignité de ces tumeurs lymphatiques est *conditionnée par l'âge, par le sexe* ; elle serait moindre chez le vieillard, moindre chez la femme. Ces auteurs admettent également que les tumeurs évoluant sur

une longue durée sont les mêmes que celles qui donnent lieu aux succès chirurgicaux.

Il est même des auteurs qui ont soulevé *le problème de la guérison spontanée* des tumeurs lymphatiques. Le seul argument que nous ayons pu trouver en faveur de cette hypothèse est une observation de Haberer qui, entre deux interventions espacées d'un an, aurait constaté une diminution de volume d'une tumeur intestinale reconnue d'origine lymphatique, ainsi que des ganglions envahis. Toutefois, le malade en question est mort deux mois après la deuxième intervention, sans contrôle d'autopsie. Il est donc permis de tenir cette observation pour inexistante.

Sans aller aussi loin, peut-on admettre qu'il y ait des tumeurs lymphatiques bénignes du tube digestif ? Aucun fait précis ne vient à l'appui de cette hypothèse : nulle observation ne mentionne l'existence certaine d'une tumeur lymphatique bien tolérée pendant plusieurs années chez un malade mort d'une autre maladie.

S'il y a des tumeurs dont l'évolution est plus longue, l'extension et la généralisation plus tardives, c'est là un fait qui est commun à toutes les formes de cancer. Rien ne nous a permis d'attribuer une malignité plus grande à certains aspects anatomiques particuliers.

Il reste à expliquer un dernier fait paradoxal : c'est qu'aucune tumeur lymphatique à point de départ ganglionnaire, qu'elle soit ulcérannte et envahissante ou qu'elle reste encapsulée ne paraisse curable par des interventions chirurgicales ; et pourtant, indiscutablement, de nombreuses tumeurs du tube digestif, ayant exactement les mêmes aspects histologiques, le sont. Nous serions assez enclins d'en chercher l'explication dans le fait anatomique que le réseau lacunaire du tube digestif est, en un sens, terminal, et que sa vascularisation et ses anastomoses lymphatiques sont à sens unique, dirigé vers la racine des méso. Ainsi s'explique qu'une fois la tumeur et les voies lymphatiques voisines enlevées, les possibilités évolutives de la tumeur puissent être radicalement supprimées.

Mortalité opératoire.

La malignité des tumeurs lymphatiques du tube digestif étant chose admise, le problème qui se pose vraiment est celui de sa curabilité par intervention chirurgicale. Ce problème se présente sous trois formes : la mortalité opératoire, la fréquence relative des succès et des récidives, la confrontation, enfin, entre les réussites et les caractères anatomopathologiques des tumeurs enlevées.

Tout d'abord, le problème de la mortalité opératoire : récemment encore, des auteurs français ont prétendu qu'elle était extrêmement grande, l'évaluant à près de 50 %. C'est là un chiffre qui nous paraît nettement exagéré. Les statistiques américaines mettent en avant les chiffres suivants : Pour Balfour et Mc Cann, sur une série de trente-deux lymphosarcomes de l'estomac, les décès post-opératoires ont été de 11 %. Sur six cas, rapportés par Cheever, trois morts opératoires ; sur huit résections rapportées par Weeden, deux décès. Pour Rankin et Chumly, dans les tumeurs rectocoliques, quinze résections ont donné quatre morts. Cameron donne un chiffre global de 30 % qui nous paraît le plus voisin de la réalité. Mais ce chiffre de 30 % est celui qu'on rencontre dans toutes les exérèses partielles du tube digestif pour cancer.

Les causes de ces morts post-opératoires sont variées : Il est un premier groupe de morts très rapides, survenant en moins de 48 heures. Le choc ou une inoculation péritonéale massive sont responsables de tels accidents. Un deuxième groupe, et le plus important, des décès vérifiés à l'autopsie, sont dus à une désunion des sutures. Dans les tumeurs gastriques, elle donne lieu soit à une péritonite

immédiate avec mort dans les 6 premiers jours, soit à une fistule gastrique ou duodénale ; la mort survient alors entre la deuxième et la cinquième semaine. Nous ne voulons pas laisser entendre — loin de là — que toutes ces fistules soient nécessairement mortelles.

Dans les tumeurs intestinales, c'est la péritonite presque toujours qui tue les malades vers le quatrième ou le cinquième jour. Notons, en plus, la relative fréquence de broncho-pneumonies très graves, dans la deuxième semaine après toutes ces interventions.

D'ailleurs, la mortalité opératoire qu'accusent les statistiques, va nettement en diminuant d'année en année, suivant les perfectionnements de la technique chirurgicale. En particulier, des sutures gastro-duodénales après résections gastriques qui sont à l'origine de plusieurs morts post-opératoires, ne se pratiqueraient plus aujourd'hui.

Il est évident, aussi, que l'importance de l'exérèse, ainsi que certains sièges de tumeurs digestives, sont responsables d'un grand nombre d'accidents mortels. Certains de ces cas posent à vrai dire un problème d'indication : ainsi l'ablation d'un mètre d'intestin en pleine occlusion (Bérard et Denis), ainsi la résection simultanée de l'estomac, du transverse et de son méso en présence d'ascite (Lefort), ce ne sont peut-être pas des exemples à imiter. L'ablation des tumeurs de l'angle duodéno-jéjunal, avec dissection du pédicule mésentérique, paraît être également une intervention particulièrement risquée.

Faut-il en conclure, qu'il faille limiter les indications opératoires aux cas faciles ? Nous ne le pensons pas, et un coup d'œil sur le tableau des guérisons opératoires lointaines montre combien certaines de ces opérations ont pu sembler complexes, atypiques et risquées.

Quant aux incidents opératoires, signalés par ailleurs, ce sont ceux communs à toutes les interventions sur le tube digestif : suppuration pariétale, fistule, accidents pulmonaires.

Un cas exceptionnel de poussée lymphadénique précoce a été signalé par Konjetzny (Kiel), à condition que l'on

veuille bien admettre avec l'auteur que cette poussée n'a pas préexisté à l'opération : chez une femme de 31 ans, gastrectomisée par l'auteur pour une tumeur antrale sténosante, vérifiée histologiquement comme lymphosarcome, est apparue, au cours de la convalescence, une tuméfaction des ganglions cervicaux avec hypertrophie des follicules de la langue et du pharynx. La radiothérapie cervicale, instituée aussitôt, amena une régression rapide de ces lésions très jeunes. La malade était encore en bonne santé 11 ans après.

RÉCIDIVES.

Ind. bibl.	Auteurs	Sexe Age	Caractères anatomiques	ggl.	Histologie	Dur. s.	Opérations	RX	Récidive date	organe
					ESTOMAC					
Inéd.	Mocquot	f34	t.vol. antre	4&5	s.l-bl.	4m.	gastrectomie	non	1an	in situ
47	Forbes	m55	antre f. ant.	G+P.C	L.s.	?	gastrec. large	?	5m	foie
53	Dainelli	h56	t. exogastr.	?	L.s.	?	gastrectomie	?	5m	?
24	Cheever	?	pylore	oui	L.s.	?	gastrectomie	non	18m	?
3	Storch	?	P.C.+f. post.	G.C.	c. rondes	1a	gastrectomie	?	9m	in situ, foie
3	Ruffin	h60	diffus	?	L-bl.	?	gastrectomie	?	5m	i.s., ggl.s. foie, pancr., poumons
3	Lindboe	h31	pylore f. post.	G.C.	c. rondes	q.m.	polya	?	6m	in situ
3	Kapel	f38	2f. + mésoc.	?	L.s.	18m	gastr. + rés. mésocolon	?	6m	in situ, mésoc., mésent., foie
3	Bamber	f28	milieu P.C.	?	c. rondes	18j	résection	?	2a	in situ
3	Bastia-	h27	est. entier	?	p.c. rondes	6m	gastrectomie	?	7m	in situ
	nelli.	h28	gr.C.	?	p.c. rondes	4m	gastrectomie	?	6m	in situ
28	Collins	f55	antre pylor.	oui	L.s.	3s	gastrectomie	oui	7m	ggl.s. cou + méta. lomb.
73	Walsch	?	estom. entier	?	gr.c. rondes	?	gastrectomie	?	3m	?
	Bestiony	m44	1/3 moyen	?	L.s.	?	gastrectomie	?	1a	prostate (!)
JAMA 25	Ruffin	m60	t. multinod. pylore	G.C.	L-bl.	2a	gastr. 2 temps	?	4m	in situ + ggl. abd.
					INTESTIN					
66	Koch	?	t. duod.-jej. vol. poing	oui	L.s.	1a	résection	qq.s	1a	in situ lymphadénie
	Sudder	f35	t. ann. sten. grêle	oui	L.s. atyp.	?	résection	?	1a	masses abd. multiples
Inéd.	Deniker	f21	t. il. sten.	oui	L.s.	6m	résection	non	2a	caecum + ggl.s. abd. + ggl.s. cou
Inéd.	Hartmann	h22	t. il. invag.	oui	L.s. atyp.	4m	hémicolect.	?	1m	foie
94	Rankin	h36	t. vol. il.-c.	nomb.	L.s.	6m	hémicolect.	?	4m	masses abd.
16	Cabot	h42	t. mult. grêle	oui	L.s.	q.m.	résection	oui	1a	nod. sous-cut.
Inéd.	D'Almeida	f32	t. mult. grêle	nomb.	L.s.	q.a.	rés. incompl.	non	15j	t. abd. mult.
10	Key	h41	polypécetol	?	L.s.	1a	rés. limitée	non	1m	in situ inopér.

Récidives.

La fréquence des récidives est très difficile à établir avec sécurité, pour des raisons multiples, faciles à comprendre. D'après les statistiques d'Ulmann et Abelshouse, basées sur 96 interventions radicales, leur fréquence, non directement indiquée, semble être de l'ordre de 30 à 40 %. Rankin et Chumley accusent 5 récidives sur 15 résections rectocoliques. D'Aulnoy et Zeller notent, sur 22 tumeurs lymphatiques gastriques, 5 récidives.

La date d'apparition de ces récidives est en général précoce. Echelonnées entre le quatrième et le huitième mois, elles sont rares avant le premier mois et rares après deux ans ; toutefois, nous résumerons, quelques pages plus loin, quelques cas de récidives survenues après 7 et 8 ans.

Le siège est en général compris à l'intérieur du territoire vasculaire de la tumeur enlevée. Il est tantôt intestinal, tantôt ganglionnaire ou péritonéal ; mais très rapidement les masses abdominales se multiplient, et la généralisation polyviscérale ou polyganglionnaire y fait suite. Aucune de ces récidives, à notre connaissance, n'a été réopérée avec succès.

Quelquefois, la récidive est hépatique d'emblée, comme dans le cas d'Hartmann, et un cas de Forbes. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne à ces métastases viscérales post-opératoires, leur rareté relative est à signaler, à opposer à la relative fréquence des récidives *in situ* et constitue un argument de poids en faveur de l'intervention systématique large.

Une autre forme de récidive, plus rare encore, est la poussée lymphadénique. Nous ne parlons pas, ici, des poussées ganglionnaires généralisées en rapport avec une récidive *in situ*, mais de celles isolées, qui semblent, d'ailleurs, le fait surtout des tumeurs traitées par radiothérapie. Collins et

Carmody ont essayé de traiter, par les rayons X, une telle éclosion de ganglions cervicaux survenue quelques mois après l'intervention en même temps qu'une masse lombaire droite. Quoique ce traitement par les rayons ait amené la disparition complète des masses tumorales, la mort n'en survint pas moins, 7 mois après l'opération. Dans un cas analogue, Cutler a observé 6 mois après l'irradiation d'une tumeur recto-sigmoïdienne par les rayons X, une poussée ganglionnaire du cou, des aines et des aisselles. Le traitement par « radium bombe » l'enraya et, depuis, la guérison se maintient depuis 5 ans.

La raison des récidives est quelquefois possible à déterminer. Des résections incomplètes ont été accusées par Koch, par Ulmann, par Rankin. Les observations publiées plus loin de Deniker et de d'Allaines entrent dans le même cadre.

Dans un cas de Sterling Ruffin, une gastrectomie en deux temps pour tumeur très étendue avec ganglions gastrocoliques, a provoqué une croissance très importante de la masse néoplasique dans l'intervalle de 16 jours qui séparait ces deux temps opératoires. La récidive survint 4 mois et demi plus tard.

Dans toutes ces récidives précoces, on a l'impression qu'après ablation de la tumeur primitive, le potentiel néoplasique reste le même; ce qui fait que la durée totale de la maladie est identique à celle des cas non opérés. Nous avons noté, en passant, quelques cas, en particulier celui de Key où l'intervention, volontairement limitée et insuffisante, a certainement aggravé l'évolution spontanée de la maladie.

Il est un détail, que nous voulons signaler : c'est que dans les résections intestinales en plusieurs temps, suivant la technique de Mickulicz, on a rarement noté une augmentation de volume de la tumeur; fait qui contraste avec celle que subissent couramment les tumeurs non extériorisées, opérées en deux temps.

Un mot des *récidives tardives*. Il existe un petit groupe de trois ou quatre observations de tumeurs lymphatiques récidivées au bout de 7 à 8 ans.

Un cas de Pattison : invagination iléo-cæcale par masse intracæcale et adénopathie volumineuse du mésentère chez une femme de 42 ans. Hémicolectomie avec ablation des ganglions. Au microscope : tumeur cellulaire, sans structure, du type lymphocytome. 7 ans après, masses abdominales multiples. Cachexie.

Un cas de Hortoloméi et Butureau : tumeur iléale sténosante chez un homme de trente ans, étendue de 7 à 8 cm. saillant dans la lumière intestinale, avec nombreux ganglions mésentériques. Résection. Anastomose latéro-latérale. Witzel dans le grêle distendu en amont. Guéri pendant 6 ans, ce malade fut pris, 7 ans plus tard, de nouvelles crises d'occlusion. On trouva, à l'intervention, une anse tumorale engagée entre la paroi et le segment intestinal fixé par iléostomie lors de l'opération précédente. En réalité, cette récurrence était faite de multiples tumeurs, dont l'autopsie pratiquée le lendemain déterminait le nombre complet, assez considérable.

Notons le cas curieux d'un lymphosarcome de l'estomac opéré par Harper, 9 ans après une tumeur du même type histologique de la région cæcale, très étendue, jugée inopérable et qui avait été traitée par une série de rayons X par an, pendant trois ans. Cette première tumeur cæcale avait déjà été consécutive à une tumeur ganglionnaire du cou enlevée trois ans auparavant.

Très analogue est le cas de Bertillon et Liberson d'un lymphosarcome du rectum apparu deux ans après des lymphosarcomes successifs des amygdales qui avaient été réséqués avec évidemment ganglionnaire du cou. Ce lymphosarcome du rectum, constitué par deux tumeurs superposées, sténosantes, identifiées par biopsie, traité avec succès par radiothérapie, fut cependant suivi 4 ans plus tard d'une généralisation lymphadénique.

Quoiqu'un peu en dehors du cadre de notre étude, ces deux derniers cas nous ont paru intéressants à signaler en raison du problème qu'ils soulèvent d'un terrain lymphosarcomateux.

GUÉRISONS OPÉRATOIRES REMONTANT A PLUS DE 3 ANS.

A. — Estomac.

Réf. Bibl.	Auteur	Age Sexe	Dur. s.	Caractères anatomiques.	Ggl.	Histol	Opération	R. X.	Survie	Remarques
28+60	Carmody	h 9	2 m	900 gr. 1/3 pyl	C.c.	L.s.	Gastrect.	?	22	orig. traum.
42+44	Finsterer	h20	2 a	t. antre f. post. ulcères pancréas	P.C. tr. haut + lig. g. col.	L.s.	Gastrect. subtot. + res. pancréas	2 sér.	21	
102	Schopf	f58	?	tête d'enfant 4/5 inf. est.	Gd + P. Ep.	L.s. endog.	gastr.-pyl.-ect. presque tot.	?	14 1/2	
67	Konjetsny	f31	?	pomme, antre	?	L.s.	Gastrect.	Surcou	11	dissém. p. op. ggl. cou.
124	Balfour	34	6 m	papme, pylore f. post	oui	L.s.	rés. 1/3 inf.	?	9	
3	Trapier	f36	12 m		oui	L.s.	rés. gastr.	?	9	
122	Reese					L.s.			8 1/2	
Pers.	Moulsaget	f57	3 m	antre P.C. vol.	?	S.l.-blast.	gastrect.	non	7 1/2	
27	P. Clar			antre, f. ant. noix	non	S.l.-adénofid.	gastrect.	?	7	
Pers.	Michon	f44	6 a	t. vol. horizontale, mobile	non	1-adénome	gastr. large	non	6 1/2	
23	Chessey	?	?	t. ulcérée f. port 1/3 mg.	oui	L.s.	rés. 1/3 mg.	2 sér.	6 1/2	
49	Lucas	h34		pylore	?	L.s.	pylorect.	?	6	
74	Lerione	h43	12 m	vol. antre remon- tant PC.		L.s. (ober- ling)	Polya.	?	6	réop. pour adhé- rences
122	Vassila	f69		antr. f. post. vol. oeuf	?	s.c. rondes	gastr.	?	4	
3	Klinton	f30	?	t. palpable	oui	s.c. rondes	gastrect.	?	5	
122	Dock					L.s.			4	
3	Strauss	h7	?	2/3 estomac	?	L.s.	gastrect.	?	4	
122	Philappa					L.s.			3 1/2	
3	Barr	f34		f. post. et p.c.	oui	L.s.	gastrect.	?	3	
80	Walters	h60	q. m.	pylore 15x8 cm. ulcérée pancr.	oui	L.-cytome	gastrect.	?	3	

4 Sur 32 L.s. opérés ou non, 7 survies dont 3 entre 5 et 9 ans. (Balfour)

Sur 10 guérisons après 3 ans, 1 de 11 ans et 1 de 9 ans (Kapell).

Note : les survies sont indiquées en années.

GUÉRISONS OPÉRATOIRES REMONTANT A PLUS DE 3 ANS.

B. — *Intestin.*[illegible]

Les guérisons opératoires.

Le fait de la curabilité opératoire des tumeurs lymphatiques du tube digestif nous semble établi. Paltauf, qui se refusait à admettre cette éventualité, tout au moins dans les lymphosarcomes vrais, a dû s'incliner, au dire de Finterer, devant le cas de cet auteur, sur la vue de la coupe.

Le problème, en réalité, est ailleurs : c'est celui de la fréquence, d'abord de cette éventualité favorable ; c'est ensuite celui de la possibilité de caractériser anatomiquement les cas qui récidiveront et ceux qui resteront guéris.

Le problème de la fréquence des guérisons opératoires des tumeurs lymphatiques est indiqué par les statistiques américaines comme suit : Balfour et Mc Cann indiquent pour 32 lymphosarcomes gastriques opérés, 7 guéris, donc une proportion de 25 %. Ramkin et Chumley l'évaluent à 30 % pour une série de 15 tumeurs rectocoliques (il est vrai que, dans cette série, ils comprennent des observations un peu trop récentes). Dans la série d'Ulmann et Abelshouse de 96 résections intestinales pour tumeurs lymphatiques, les auteurs déclarent 30 guérisons depuis 1 an, dont 12 après 5 ans, 1 de 12 ans. De notre côté, en glanant toutes les observations de tumeurs lymphatiques guéries par opération radicale que nous ayons pu trouver, nous avons recueilli 36 tumeurs de l'estomac et plus de 35 tumeurs des intestins dont nous présentons les caractères dans les tableaux ci-joints. Ce que nous tenons à signaler, c'est que, au nombre de ces cas favorables, se trouvent des tumeurs très étendues : la tumeur de Schopf, du volume d'une tête d'enfant, étendue à la presque totalité

de l'estomac, ne respectant que sa portion fixe et le cardia, qui est restée guérie 15 ans après l'opération ; celle de Carmody qui pesait 900 gr. ; des tumeurs avec ulcère pénétrant dans le pancréas (Finsterer, Walters) ; des tumeurs avec propagation au méso-côlon (Moulonguet) ; tumeurs avec infiltrations gastro-jéjunales (Frapié). De même, parmi les tumeurs intestinales, une d'un volume de deux poings (Finsterer), du volume d'une tête fœtale (de Castecker) ; des tumeurs larges de 7 à 10 cm. (Exner), Cameron) ; une tumeur perforée (Malbrand 15) ; une tumeur jéjunocæcale avec anostomose pathologique (Braine) ; une tumeur iléo-cæcale ayant envahi l'atmosphère périrénale (cas rapporté par Dixon).

L'invasion de ganglions a été signalée dans 9 cas. Certains d'entre eux comportent même une atteinte simultanée des chaînes ganglionnaires des deux courbures de l'estomac (Finsterer, Ruppert).

Le problème central est différent : y a-t-il des aspects histologiques qui permettent de définir les tumeurs curables par exérèse chirurgicale et de les distinguer de celles qui ne le sont pas ? L'examen des diagnostics histologiques rapportés par les auteurs au sujet des cas guéris donne déjà une réponse négative. Parmi ces cas se juxtaposent, en effet, de nombreux lymphosarcomes à des lymphocytomes, à des lymphoblastomes, à des sarcomes lymphos-dénoïdies, à des sarcomes à cellules rondes. Ces mêmes dénominations histologiques se retrouvent d'ailleurs, en proportion presque égale, dans les tumeurs qui ont récidivé après l'opération.

Nous avons donc complété cette étude bibliographique en comparant à notre tour, sous la direction de notre Maître Moulonguet, les coupes des observations de tumeurs lymphatiques que nous avons pu rassembler. Cet examen nous a donné les résultats suivants :

Lymphocytome :	Baumgartner (12)	guéri.
	Eltrich (6)	tumeur double, mort après deux mois.
	Moulonguet (8)	récent.
	Moulonguet (13)	récent.
Lymphoblastome :	Michon (3)	guéri.
	Caby (5)	récent.
	Mocquot (4)	récidive (coupe non vue).
Lymphoblastome à cellules jeunes :	Moulonguet (2)	guéri.
	d'Allaines (10)	tumeurs multiples, mort en quelques mois.
Lymphoblastome en évolution monstrueuse :	Hartmann (11)	récidive hépatique pré- coce.
Lymphosarcome polymorphe et atypique :	Braine (16)	guéri.
	Desplas (14)	guéri.
	Deniker (9)	récidive avec générali- sation ganglionnaire.
	Jourdan (15)	récent.

En conclusion, il semble bien que des tumeurs histologiquement identiques puissent donner lieu à des évolutions post-opératoires tout à fait différentes et que, d'autre part, toutes les catégories de tumeurs lymphatiques puissent indifféremment guérir par résection complète ou récidiver. Ce scepticisme qui nous est imposé par ces études comparatives sera, nous l'espérons, battu en brèche par des études ultérieures plus complètes.

Résultats radiothérapiques.

La sensibilité des tumeurs lymphatiques aux rayons est une notion bien établie. Pourtant, aucune statistique portant sur des résultats radiothérapiques à distance n'a été publiée, à notre connaissance ; des cas isolés dont le nombre total ne dépasse pas la dizaine.

Les plus classiques sont les deux cas de Stolz, Gunsett et Oberling :

Le premier, d'une grosse tumeur circulaire sténosante du pylore, occupant toute la face postérieure de l'estomac et sa petite courbure jusqu'au cardia, avec envahissement large du pancréas, propagation aux ganglions. Jugée inopérable à l'intervention exploratrice qui se termina par biopsie et gastro-entérostomie, cette tumeur fut classée par Oberling dans la catégorie des sarcomes lymphoblastiques. En trois semaines, ce malade subit 17 séances de radiothérapie pénétrante par 4 champs, antérieurs, postérieurs et latéraux, une somme totale de 17.700 R. Un an après le malade avait repris son travail et son état général florissant persistait 5 ans plus tard.

La deuxième observation est d'une tumeur du rectum fixée à la fois au sacrum et au vagin. L'examen biopsique fit poser le diagnostic de lymphosarcome. On fit successivement, suivant une technique aujourd'hui périmée, une radio-puncture par le vagin = 10,8 M C D ; 1 tube de mésothorium intra-rectal = 4,5 M C D ; 10 aiguilles de radium par voie rectale = 9 M C D. Dose totale = 24,3 M C D. On y ajouta, pendant trois jours, des séances de radiothérapie pénétrante par trois champs, à la dose totale de 10,500 R. Malgré l'apparition d'une fistule vésico-

rectale qui a guéri spontanément, l'état de santé du malade est resté parfait 6 ans après.

Kaiser a rapporté également une guérison de 6 ans par radiothérapie d'un lymphosarcome gastrique.

Strauss a traité une tumeur lymphatique du duodénum par radiothérapie avec un succès de deux ans.

Pattison rapporte un résultat favorable de 15 mois à la suite d'un traitement par les rayons d'un sarcome lymphoblastique diffusé à tout l'estomac, avec adénopathie dans le petit épiploon et dans le mésentère.

Cutler, une guérison de 14 mois à la suite d'une application simultanée d'aiguilles de radium et de radiothérapie sur des tumeurs rectales. Un cas de guérison radiologique de 14 mois d'un lymphoblastome gastrique inopérable avec ganglions péri-aortiques est relaté par Cheever.

Rappelons, ici, la rémission de 9 ans obtenue dans le cas Harper dans une tumeur du cæcum inopérable, suivie d'une récurrence gastrique. Konjetzy et Cutler ont fait l'une et l'autre avec succès des applications de rayons X sur une poussée ganglionnaire du cou apparue quelques jours après l'opération.

A deux ou trois exceptions près, ces résultats, pour intéressants qu'ils soient, ne nous semblent pas mériter le terme de guérison, car ils restent tous compris à l'intérieur de la phase critique de deux ans.

Ce que l'on note, par contre, d'une manière constante à la suite d'une radiothérapie pénétrante faite avec une technique correcte et à dose suffisante, c'est la disparition anatomique très rapide des tumeurs traitées. Ainsi Cabot a noté, lors d'une réintervention, la disparition des tumeurs intestinales, ganglionnaires et péritonéales multiples constatées par lui un an auparavant et traitées par rayons X et par résection de la tumeur principale. A l'examen histologique : lymphosarcome typique. Cependant, il dut constater la présence d'un nodule sous-cutané reconnu histologiquement de nature lymphosarcomateuse qui montra bien que la maladie n'était pas guérie.

Jones et Carmody ont vu fondre des tumeurs métasta-

tiques, cervicales et lombaires, mais le malade est mort. Dans deux de nos observations (D'Allaines et Oulié) nous rapportons également des cas de fonte tumorale rapide, sans guérison réelle.

La radiothérapie pénétrante, post-opératoire, est appliquée systématiquement par Balfour et Mc Cann.

Pour être impartial, disons que de nombreux auteurs jugent la radiothérapie inefficace. Les deux cas de sarcomes ano-rectaux de Cain et Hillemand ont été traités sans succès.

Quant aux récidives, elles paraissent toujours beaucoup moins sensibles aux rayons. Ainsi le cas de Flandin et Mocquot, ainsi le cas de Deniker qui ont été irradiés une fois récidivés, sans résultat apparent.

Plasmocytomes.

La parenté des plasmocytomes et des tumeurs lymphoïdes proprement dites est certaine. Elle est plus ou moins étroite, suivant que l'on admet que le plasmocyte est un dérivé direct de la lignée lymphoïde, ou qu'au même titre que ces derniers il naît des histiocytes du tissu réticulo-endothélial.

La morphologie de ces cellules, toutes pareilles entre elles, est caractérisée par la position excentrique du noyau et par son pourtour régulièrement arrondi, avec une disposition de la chromatine nucléaire en rayons de roue, la basophilie du protoplasma avec une zone achrome au voisinage du noyau. Le diamètre normal est de 10 à 12 μ . La coloration qui les différencie le mieux des cellules de la lignée lymphoïde est la coloration double suivant la technique de Pappenheim : le protoplasma prend alors une teinte bleue d'outremer caractéristique.

Sur le tube digestif, ces tumeurs paraissent très rares. Nous n'en avons trouvé que 4 observations, une gastrique, trois localisées à la région iléocæcale.

Cliniquement, toutes ces tumeurs, à l'exception d'une seule, ont donné lieu à des syndromes de sténose, avec altération de l'état général.

Le cas de plasmocytome gastrique, publié par Pattison, a été observé chez une femme de 58 ans : (asthénie, pâleur amaigrissement de 8 kilos depuis 9 mois, voilà à quoi se réduisait tout le tableau clinique. L'examen radiologique, après repas baryté, montra un aspect lacunaire du vestibule pylorique, d'allure très particulière cependant, qui fit penser à une polypose gastrique. L'acidité gastrique était dimi-

nuée. G. R. = 4.000.000. G. B. = 7.100. Pourcentage normal. A l'intervention, une masse vestibulaire, du volume d'un citron, élastique, très mobile. Des ganglions sur la grande et la petite courbure, les plus volumineux de la taille d'une noisette. Résection Billroth II. Hématémèse. Transfusion. Mort. Histologiquement : tumeur à base de plasmocytes; quelques lymphocytes, éosinophiles et cellules endothéliales.

Quant aux *plasmocytomes de la région iléocœcale*, voici les résumés des trois observations :

Dans un cas de North, une femme de 47 ans souffrait de puis 3 ans de troubles digestifs, de douleurs abdominales avec asthénie progressive, lorsque survint une occlusion intestinale aiguë. A l'intervention : une tumeur de l'iléon située à 30 cm. de la valvule. Résection. Mort subite. Histologiquement, cette tumeur infiltrait la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculuse. Elle parut formée par des plasmocytes adossés les uns aux autres, avec substance intercellulaire minime.

Dans le cas Razzaboni, le néoplasme ulcéré se localise à la fois sur l'iléon terminal, sur le cæcum et l'appendice. Aspect histologique très uniforme : infiltrations exclusivement plasmocytaires.

L'observation la plus complète est celle de Vallone : Homme de 24 ans, atteint d'accidents occlusifs remontant à 4 mois, de plus en plus fréquents et de plus en plus graves. Finalement une occlusion intestinale complète avec ballonnement, pouls à 100, température 37°7. Premier temps opératoire : entérostomie sur le grêle dilaté. Un mois après, on pratiqua une résection de 17 cm. d'iléon, emportant largement l'épaississement tumoral et le méso. Dans l'intervalle des deux interventions le B. W. se montra négatif, et une numération globulaire ne montra aucune modification caractéristique. Ce malade guérit et 3 ans après était en parfaite santé.

A l'examen de la pièce, la séreuse parut rugueuse, soulevée en un point par une tumeur interstitielle très localisée, suivie d'une coudure à angle droit. La zone suspecte a

une consistance plus compacte ; par la face muqueuse : une saillie ovoïde à large base, très régulière, plus élevée au centre, oblitère la lumière intestinale, juste en amont de la coudure. Pas de solution de continuité de la muqueuse qui est pâle, recouverte de sécrétions, avec des villosités peu visibles. La tranche de section de la tumeur est charnue. Celle-ci paraît développée aux dépens de la sous-muqueuse et respecte la séreuse. Au microscope : infiltrations de la sous-muqueuse, de la muqueuse et des interstices de la musculieuse par des plasmocytes. Pas de cellules géantes.

Cette unique observation d'une issue favorable permet-elle de conclure à l'opérabilité de ces tumeurs dans des proportions voisines de celles des tumeurs lymphoïdes ?

Réticulosarcomes.

La parenté entre réticulosarcomes et tumeurs lymphoïdes est d'un ordre un peu spécial, et d'ailleurs discutée. Certes, certains réticulosarcomes indifférenciés, certains réticulosarcomes à évolution lymphoblastique ont un aspect très voisin des tumeurs lymphoïdes. Mais il en est d'autres, dédifférenciés dans le sens conjonctif ou fibroblastique, dont l'aspect est très différent. Ce qui les rapproche, c'est l'identité vraisemblable de leur souche cellulaire commune, du moins selon l'opinion habituelle. Seulement si les cellules réticulaires peuvent, par mobilisation et dédifférenciation lymphoïde, donner naissance à des éléments lymphoblastiques, leurs possibilités évolutives sont autrement complexes : d'où le polymorphisme histologique des réticulosarcomes qui permet en général de les reconnaître. Signalons que pour Ewing, la fréquence des réticulosarcomes digestifs est presque égale à celles de tumeurs lymphoïdes. Des cellules plus grandes, la présence constante de néofibrilles, des contacts intercellulaires les en différencient.

Nous n'avons relevé que trois observations de cette espèce de tumeur, toutes trois localisées à l'estomac.

L'observation de Villata rapportée par d'Aulnoy et Zoeller d'une tumeur pylorique avec ganglions chez un homme de 28 ans, révélée par des vomissements, du méloëna, un amaigrissement. Le début de ces signes remonte à 4 ans. La notion d'une contusion un mois avant, la constatation de la présence simultanée d'un ulcère banal à l'examen de la pièce, font discuter le point de départ traumatique d'une dégénérescence sarcomateuse d'un ulcère inflammatoire préexistant. Guérison opératoire.

La deuxième observation, de Hunt, a trait à un garçon de 3 ans, qui depuis 8 mois, présente des signes de sténose pylorique avec perception d'une masse épigastrique et un amaigrissement de 2 kilos. Chiffres globulaires normaux, mais avec 76 % de lymphocytes. A l'intervention : tumeur de l'antré pylorique englobant tout le sphincter et infiltrant 7 cm. de paroi postérieure et de grande courbure. Tumeur un peu nodulaire, arrondie, recouverte de muqueuse, sauf en un point très limité, proximal. Elle s'arrête net au pylore. Gastrectomie. Polya. Histologiquement : Stroma très cellulaire, englobant de grandes cellules du type lymphoïde : probablement cellules réticulaires de centre germinatif. Nombreuses mitoses. Musculeuse partout envahie. Muqueuse atrophiée, mais intacte. Ganglions non envahis.

Huit jours après, la formule leucocytaire montra 62 % de lymphocytes contre 37 % de polynucléaires. L'enfant, soumis à un traitement radiothérapique, était bien portant 8 mois plus tard.

Voici un type histologique très différent publié par Shioda (Tokio) : tumeur du vestibule pylorique, adhérent au grand épiploon chez un homme de 58 ans ; des troubles digestifs avec amaigrissement de 16 kilos ; à la radio : lacunes de remplissage très étendues avec arrêt des ondes péristaltiques. Formule sanguine normale. Cette tumeur infiltrait presque tout l'estomac, surélevée en plateau, exulcérée, recouverte d'un exsudat noirâtre visqueux. Epaissement maximum de 2 cm. 1 à la grande courbure, minimum (1,4), sur la face postérieure. Elle est grisâtre, unie, molle. Pas d'adénopathie.

Histologiquement : infiltration de la sous-muqueuse par des cellules polymorphes, tassées les unes contre les autres, avec réticulum fibrillaire très fin, présentant des prolongements par lesquels elles entrent en contact les unes avec les autres. Protoplasma modérément éosinophile. Noyau le plus souvent ovale, en général soufflé. Mitoses. Réticulosarcome (Prof. Nagayo). L'état du malade, quelques mois après l'intervention, était satisfaisant.

DEUXIÈME PARTIE

LA MALADIE DE HODGKIN GASTRO-INTESTINALE PRIMITIVE ET LOCALISÉE

Généralités.

La maladie de Hodgkin atteint rarement le tube digestif, même au titre de localisation secondaire. A côté des formes à symptomatologie pulmonaire, vertébrale, splénique, les formes digestives occupent une place très négligeable. Quant aux localisations digestives vraiment primitives et localisées de la lymphogranulomatose maligne, leur nombre ne doit pas dépasser la cinquantaine dans la littérature.

Alors que la maladie de Hodgkin fut décrite et bien caractérisée nosologiquement au cours du siècle dernier, par Paltauf et Sternberg notamment, les premières descriptions de formes digestives remontent à 1913 et doivent être attribuées à Schlagenhauser. Josselin de Jong en 1925 et Haydn Apfelbach en 1927 groupèrent, le premier 8 cas de lymphogranulomatose intestinale, et le second 26 cas de localisations gastro-intestinales primitives. Dans ce nombre il est bien peu de formes localisées, intéressantes pour le chirurgien. Quant aux résultats opératoires tardifs, leurs publications se comptent par unités.

Nous n'apportons à ce chapitre aucune contribution personnelle ; nous nous contenterons d'une mise au point d'après les cas publiés jusqu'à ce jour.

Étiologie.

Très rare chez l'enfant, l'âge moyen des lymphogranulomatoses digestives peut être fixé entre 35 et 55 ans. A l'âge habituel de la maladie de Hodgkin, entre 20 et 35 ans, de telles localisations ont été décrites en nombre bien moindre, semble-t-il, qu'après 35 ans.

Le sexe masculin semble plus souvent frappé que le féminin, dans une proportion de 2/3 environ.

La coexistence de tuberculose pulmonaire est notée avec une grande fréquence, qu'il s'agisse de lésions évolutives, ou de lésions cicatricielles. L'association de tuberculose péritonéale a été notée dans un cas, par Sussig. Mais chaque fois que, même dans de tels cas, des greffes de tissus lymphogranulomateux ont été inoculées aux cobayes, l'épreuve s'est montrée négative quant à l'identité de nature entre cette maladie et la tuberculose.

Quant au siège électif de ces tumeurs sur le tube digestif, le grêle semble plus souvent touché que l'estomac, et la partie haute de celui-là plus fréquemment que la région iléo-cæcale. Quant aux lésions rectales ou coliques, elles existent, assez nombreuses même dans des formes généralisées, mais nous n'avons trouvé aucune observation au titre de localisation isolée.

Anatomie pathologique.

Macroscopiquement, les localisations Hodgkiniennes sur le tube digestif se présentent comme des infiltrats nodulaires plats : ce sont des nodules ou des placards qui se localisent tantôt au voisinage de l'insertion mésentérique tantôt sur le bord libre de l'intestin. Ils épaississent la paroi intestinale. Tantôt ils font saillie sous la surface séreuse, tantôt et plus souvent ils dessinent des reliefs en plateau sur la surface muqueuse. Leur consistance est molle ou semi-élastique. La tranche de section est de couleur rosée ou jaunâtre.

Maladie du tissu adénoïdien tout comme les tumeurs précédemment étudiées, elle atteint avec prédilection, comme ces dernières, la sous-muqueuse. La musculuse, envahie ensuite, est détruite. La muqueuse, de même, se prend de la profondeur vers la surface.

Vue par la face muqueuse, ces infiltrats peuvent revêtir des aspects divers : très souvent ils épaississent les plis de la muqueuse, les rendent plus lourds ; ils accentuent le vallonnement. Parfois, au contraire, la muqueuse, comme atrophiée, recouvre une surface plane. Ou encore, elle peut être exulcérée, comme abrasée. Mais surtout la tumeur lymphogranulomateuse a une tendance marquée à la nécrose centrale, au « zerfall ».

De là un deuxième stade de la tumeur : l'ulcère lymphogranulomateux. S'il est des tumeurs qui ne s'ulcèrent pas ou peu, ce n'est pas là la règle. L'étendue de l'ulcère lymphogranulomateux peut être considérable, celle d'« une assiette » (Titu, Vasiliu, Froboese). Il tend surtout à être pénétrant ; les perforations de ces ulcères sont nombreuses ;

les hémorragies auxquelles elles donnent naissance graves, souvent mortelles.

Le fond ulcéreux est granuleux, jaunâtre, souvent recouvert de débris de muqueuse, de sécrétions gastriques, de particules alimentaires, de pus. Les bords sont taillés à pic, surélevés, éversés. C'est eux qui semblent représenter la zone active, constituer un véritable bourrelet.

Ulcérés ou non, ces nodules peuvent envahir des surfaces étendues, devenir considérables ; annulaires, ils ont une certaine tendance à la sténose, bien que le rétrécissement anatomique du calibre intestinal qu'ils causent soit rarement important. Des formes pédiculées ont été décrites (Catsaras et Georgantes). Ils peuvent donner lieu à des invaginations : tout comme les tumeurs lymphoïdes ; ce ne sont pas les cas habituels, mais ce sont peut-être les cas chirurgicaux par excellence. Ce qui est la règle : c'est leur multiplicité : dissémination nodulaire ou ulcéreuse à répartition régionale souvent ; parfois aussi elles sont localisées sur des zones très éloignées l'une de l'autre (estomac et iléon par exemple). Cette dissémination ne respecte aucunement les limites anatomiques des organes. Sur 26 cas de lymphogranulomatose gastro-intestinale recueillis par Haydn et Apfelbach, 12 atteignent en même temps l'estomac et l'intestin. Bien entendu, de tels cas n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

Ce qui est la règle aussi c'est l'adénopathie. Elle est constante, d'emblée multiganglionnaire, en chaîne. Ainsi dans les localisations gastriques, les adénopathies hodgkiniennes frappent presque toujours à la fois les chaînes de la petite et de la grande courbure. Dans les localisations intestinales, très tôt, le relai marginal est dépassé, et les ganglions de la racine du mésentère sont envahis. Ces ganglions infiltrés sont volumineux, de la taille d'une noix souvent, de consistance élastique, rosés, succulents, sans adhérence entre eux.

En définitive : infiltrats plats à tendance ulcéreuse, habituellement multiples, avec adénopathie constante en chaîne : tels sont les aspects macroscopiques les plus caractéristiques.

Histologiquement, leur aspect est très variable, et l'on peut distinguer trois stades :

1^o Stade de début, lymphoïde : la coupe, très homogène, ne présente presque que des lymphocytes et des lymphoblastes; aussi de tels aspects sont-ils habituellement interprétés comme relevant d'une tumeur lymphoïde. La présence d'éosinophiles même et d'autres granulocytes ne tranche pas le débat. Enfin la présence de cellules de Sternberg n'est pas habituelle, et l'interprétation des grandes cellules endothélioïdes dites « cellules de Sternberg jeunes » n'est nullement univoque.

Pour Oberling, cet aspect ne correspondrait pas à une phase évolutive, mais à une forme plutôt bénigne de la maladie.

2^o Stade typique, granulomateux : le réticulum est nettement dessiné, riche en cellules. Les éléments cellulaires sont très polymorphes, « bariolés », et l'on distingue pêle-mêle des cellules de la lignée lymphoïde en proportion variable, des plasmocytes, des cellules granuleuses en grand nombre, neutrophiles et éosinophiles, d'aspect parfois jeune ou anormal. Les granulocytes sont mieux mis en évidence par des colorations spéciales au bleu polychrome, Pappenheim, Dominici. Enfin il existe des cellules de la lignée conjonctive : fibro-blastes et histiocytes; des cellules endothéliales surtout, de toutes les dimensions et de toutes les formes, reconnaissables à leur coloration pâle qui leur fait donner par certains auteurs allemands le terme erroné d'« épithélioïdes ». Ces cellules peuvent bourgeonner à la périphérie des capillaires; quelquefois elles en comblent la lumière, ce sont elles qui vraisemblablement, par mobilisation et métaplasie donne naissance à la cellule de Sternberg.

C'est la cellule de Sternberg qui est en effet l'élément essentiel : Cellule géante à protoplasma pâle, à grand noyau, modérément coloré en bleu à l'hématéine éosine, noyau d'aspect soufflé, bourgeonnant, souvent franchement lobulé, en « trèfle », ou même multiple. Sa chromatine, à gros grains sombres, est disposée en damiers.

Au 3^e stade enfin, — stade scléreux —, de larges fibres conjonctives viennent modifier l'aspect bariolé et très celluleux des coupes précédentes. Ce stade n'existe d'ailleurs qu'à l'état d'ébauche au niveau du tube digestif. Il semble que les lésions digestives n'aient pas le temps de vieillir. Quant à la cicatrisation de l'ulcère lymphogranulomateux, elle n'a jamais encore été observée.

Il n'en faut pas conclure de là que le diagnostic histologique de la maladie de Hodgkin uniquement localisée au tube digestif soit des plus faciles. Les tumeurs lymphatiques sous tous leurs aspects, surtout très atypiques, les granulomes inflammatoires de toute espèce dont certains encore mal connus constituent les principales causes d'erreur. Les unes et les autres peuvent s'accompagner d'une infiltration granulocytaire. Elles peuvent donner lieu à des réactions endothéliales susceptibles d'être interprétées comme cellules de Sternberg jeunes. Elles peuvent enfin donner naissance à des formations giganto-cellulaires d'interprétation délicate. Fréquemment d'ailleurs, la coupe d'un ganglion donne des images plus caractéristiques que celle de la lésion intestinale.

La lymphogranulomatose gastrique primitive.

Des cas de lymphogranulomatose gastrique primitive ont été décrits en France par Rimbaud, par Etienne et Lapeyrie ; en Roumanie, par Titu Vasiliu, par Jacobovici ; en Allemagne par Steindl, Neuber, par Redwitz et Thiemer (cas douteux) par Baumgartner, par Froboese, par Sussig ; en Amérique par Kan, Singer, Commando et Haydn Apfelbach : douze observations en tout.

Le siège le plus fréquent de ces tumeurs est la petite courbure (6 cas), plus particulièrement la région pylorique (6 cas) ; plus rarement la partie moyenne de l'estomac est atteinte (2 cas), la face antérieure de l'estomac (un cas).

L'ulcération est habituelle (7 cas) : ulcère géant parfois (9 cm. Froboese ; 6 cm. Titu Vasiliu) ; pénétrant dans les couches musculaires, dans la sous-séreuse (Haydn Apfelbach) ; dans le pancréas (Sussig) ; dans le foie (Ramon, Sussig). Quelquefois ce n'est qu'une simple exulcération (Steindl), ou une atrophie de la muqueuse (Commando). Autour la muqueuse prend un aspect vallonné (5 cas)

L'aspect d'ensemble de la tumeur est celui d'une infiltration épaississant la paroi de 2 à 4 cm., aspect assez voisin de celui que réalise la linite plastique. Quelquefois la tumeur est mieux individualisée « en œuf de pigeon » (2 cas).

La présence de ganglions en chaîne est constante.

Cliniquement, la symptomatologie peut être vague (Steindl). En général elle est faite de signes de sténose et de signes d'ulcère.

Douleurs, souvent rythmées par les repas, à horaire variable suivant les malades, post-prandiales ou tardives, ces dernières à type de faim douloureuse.

Les vomissements sont presque constants (9/10), alimentaires souvent et relevant de la sténose, parfois aussi muqueux, en rapport avec une sécrétion salivaire exagérée (Titu Vasiliu).

Les hématomésés sont fréquentes (4 cas), abondantes, récidivantes ; elles peuvent être mortelles. En leur absence, il est habituel de noter des hémorragies occultes intermittentes. Parallèlement existe une altération de l'état général, un amaigrissement de 5 à 10 kilos, jusqu'à 30 kilos (Jacobovici).

L'examen physique est négatif, rarement on palpe une tumeur, parfois on peut constater à la percussion et à l'inspection des signes de sténose avec dilatation de l'estomac.

Ces signes évoluent pendant quelques mois, parfois aussi pendant un (Steindl), 3 (Titu Vasiliu et Jacobovici), et 5 ans (Ramon). Ils revêtent alors une allure périodique, avec phases d'accalmies et poussées évolutives, parfois fébriles, qui font poser le diagnostic d'ulcère, mais qui sont bien la signature de la lymphogranulomatose maligne.

Cette évolution chronique, à poussées évolutives, peut être émaillée d'accidents fébriles divers : température à 40°, sans signes locaux dans le cas de Redwitz. Poussée ulcéreuse avec 39° et contracture dans le cas de Sussig qui trouva à l'intervention un ulcus pénétrant dans le pancréas et à l'autopsie un abcès intra-hépatique en rapport avec un ulcère pénétrant. Poussée enfin avec syndrome de péritonite, dans le cas de Baumgartner, qui ne trouva cependant pas de perforation complète, mais du liquide louche dans le péritoine et des fausses membranes sur l'estomac en rapport avec un ulcère sous-séreux.

L'examen radiologique montre des images diverses : signes de sténose pylorique avec distension gastrique ; plus rarement sténose médio-gastrique ; ou même incontinence pylorique (Rimbaud). Aspect lacunaire aussi, à

limites floues, irrégulières ; mais parfois aussi, nettes « en zig-zags ».

Les ondes péristaltiques sont constamment arrêtées au niveau de la zone infiltrée.

En couche mince, les épaississements, les vallonements de la muqueuse peuvent se dessiner sur des clichés en série par des reliefs onduleux « ondes muqueuses » (Schleimhautwellen).

L'acidité gastrique peut être normale ; elle paraît généralement diminuée (6 cas).

Enfin, l'examen des éléments figurés du sang ne montre pas de modifications caractéristiques : une neutrophilie à 70 ou 80 %, plus inconstamment une éosinophilie légère (1 à 3 %) ; le chiffre leucocytaire total n'est souvent pas augmenté ; l'hypoglobulie est de 4 ou 3 millions 1/2.

A côté de ces formes franchement primitives et isolées, vérifiées telles, soit par l'évolution, soit par l'autopsie, il faut insister sur les formes cliniquement isolées, mais qui anatomiquement sont déjà généralisées.

Kramniker et Kratoschwil ont constaté à l'autopsie de 2 de leurs malades, atteints de lymphogranulomatose gastrique apparemment primitive, morts après l'opération de péritonite, l'un le 17^e, l'autre le 23^e jour : chez l'un un petit foyer pulmonaire avec infiltration hodgkinienne des ganglions trachéobronchiques ; chez l'autre des foyers miliaires, d'apparence jeune, dans la rate, les espaces portes du foie, et dans la moelle osseuse.

Ramon, de même, a découvert ainsi dans une forme apparemment primitive une adénopathie médiastinale.

Nous ne ferons que mentionner les lésions gastro-intestinales associées : gastrojéjunale, iléale, colique, œsophagienne.

Au point de vue chirurgical :

On a pratiqué deux interventions exploratrices (Baumgartner et Sussig). Les 2 malades sont morts en moins de deux mois.

Dix gastrectomies ont été exécutées avec deux décès post-opératoires. Ces deux décès sont dus l'un à une sté-

nose mécanique de la bouche (Kan), l'autre à une occlusion du grêle étranglé par l'anse afférente (Singer).

Les résultats tardifs ne sont connus que dans les cas suivants qui ont tous été publiés comme guérisons :

Titu Vasiliu, 10 ans (d'après l'indication de Jacobovici).

Commando : 5 ans.

Etienne et Lapeyrié : 2 ans.

Rimbaud, Anselme et Martin : 1 an.

Froboese : 1 an.

Redwitz : (Thiemer) un an.

Steindl : 1 an.

Dans tous ces cas, la présence des cellules de Steinberg a été notée. Seul le cas de Redwitz (Thiemer) paraît discutable en raison des cristaux en aiguilles trouvés dans le tissu granulomateux, en partie incluses dans les cellules géantes. Aiguilles et réaction réticulaire sont peut-être à mettre en rapport avec l'ingestion d'acide chlorydrique notée chez ce malade un mois avant.

La lymphogranulomatose primitive du duodénum.

Des cas de lymphogranulomatose duodénale ont été décrits par Paltauf, par Titu Vasiliu, par Chini, par Marchand et Guibert.

Les premiers relèvent d'une symptomatologie d'emprunt et n'ont été identifiés qu'à l'autopsie :

Dans le cas de Paltauf, c'est une entérorragie mortelle survenue à la suite de troubles digestifs et généraux vagues qui a attiré l'attention sur le tube digestif. L'autopsie a montré un ulcère lymphogranulomateux du duodénum.

Dans le cas de Titu Vasiliu, c'est à la suite d'un syndrome abdominal aigu que l'intervention d'urgence a été pratiquée. Le chirurgien conclut à une tumeur du pancréas et referma. C'est l'autopsie qui montra une péritonite purulente en rapport avec un ulcère duodénal à fond nécrotique, mais non perforé, situé à 15 cm. du pylore. De part et d'autre de cet ulcère, le duodénum était épaissi sur une étendue de 25 cm. ; l'épaisseur tumorale maxima était de 3, 4 cm.

Les deux autres observations, au contraire, montrent une symptomatologie proprement duodénale :

Celle de Chini, un tableau de compression vaticienne fait d'un ictère chronique fébrile et douloureux évoluant par poussées. A la radiographie on fut en présence d'une déformation grossière du premier et du deuxième duodénum. A l'intervention exploratrice : une masse étendue, dure, englobant complètement le premier et le deuxième duodénum. On pratiqua une cholécysto-gastrostomie. Mort un mois après par péritonite. L'autopsie confirma la localisation exclusivement duodénale.

L'observation de Marchand et Guibert est à la fois la plus typique par sa symptomatologie de sténose duodénale basse et la plus intéressante par la performance chirurgicale suivie de succès qui y est exposée. La voici résumée :

Femme de 45 ans, se plaint depuis un an d'anorexie et de vomissements. Ces vomissements sont espacés et très abondants (3 à 4 lit.), de coloration jaune verdâtre, non alimentaires. A l'examen : estomac ptosé et dilaté, douloureux avec clapotements.

Amaigrissement important (poids : 40 kgr.). Deux clichés radiographiques confirment la sténose duodénale et la localisent sur la 3^e portion.

A l'intervention, après relèvement du méso-côlon, on est frappé par l'aspect lardacé que présente la racine du mésentère. La palpation permet de sentir sous la racine mésentérique une tumeur qui fait corps avec le 3^e duodénum. A l'angle duodénojéjunal et le long de la première anse grêle, une chaîne ganglionnaire de volume décroissant, le premier ganglion étant du volume d'un haricot. En attirant doucement l'angle duodénojéjunal vers la gauche, on arrive à faire glisser le 3^e duodénum dans la pince mésentérique jusqu'à ce qu'on arrive en tissu sain. On pratique alors une résection de la plus grande partie du 3^e duodénum, de l'angle duodénojéjunal et de 10 cm. de jéjunum qu'on enlève avec le méso correspondant, emportant ainsi en bloc et le segment intestinal malade et les ganglions. Duodéno-jéjunostomie termino-terminale rétromésentérique. Gastro-entérostomie postérieure de complément. Fermeture sans drainage.

La tumeur, de forme ovoïde, de dimensions extérieures de 4 × 6 cm., englobait le 3^e duodénum, marqué en son milieu par le sillon du pédicule mésentérique. La lumière intestinale est presque complètement effacée à ce niveau ; aucune ulcération. Consistance ferme et élastique. Pas d'adhérence avec les organes voisins.

Histologie : atrophie de la muqueuse qui est ulcérée en certains points. Infiltration de la sous-muqueuse et de la musculuse par des éléments polymorphes, lymphoïdes,

polynucléaires et éosinophiles. Cellules de Sternberg typiques. Ganglions : même structure.

Examen du sang :

G. R.....	3.225.000 avec hématies nucléées
G. B.....	14.740
Poly.....	73 %
Eosino.....	4 %

Les suites opératoires, d'abord normales, furent marquées pendant 2 mois par un épisode broncho-pneumonique avec hémoptysie et 39° ; ensuite des troubles dyspeptiques survinrent relevant d'un mauvais fonctionnement des anastomoses qui s'améliorèrent spontanément en quelques semaines. En même temps la malade reprit du poids. Dix mois après l'opération, elle avait engraisé de 5 kilos, digérait bien. Formule sanguine normale avec cependant toujours une éosinophilie à 4 %.

A côté de ces localisations purement duodénales, il en est d'autres duodénojéjunales, ainsi les cas de Foulon et Busser, de Cameron, d'Eberstadt.

Les deux premiers décrivent une symptomatologie de sténose duodénale basse avec images radiologiques qui faisaient penser à un obstacle sur le 3^e duodénum. A l'intervention, on trouva, dans le cas de Foulon et Busser, une masse au niveau du croisement du 3^e duodénum par les vaisseaux mésentériques, masse mal limitée, rétropéritonéale, dont la nature vraie n'a pu être identifiée ; et plus loin un chapelet de petites nodosités échelonnées sur 1 m. de jéjunum, le long de l'attache du mésentère. Résection intestinale biopsique. Gastroentérostomie. Guérison post-opératoire malgré une pleurésie.

Dans le cas de Cameron, également une double tumeur, l'une annulaire située à l'origine du jéjunum, longue de 8 cm., l'autre rétropéritonéale, vraisemblablement duodénale ; des ganglions satellites. Gastro-entérostomie. Mort.

Dans le cas d'Eberstadt, au contraire, la symptomatolo-

gie était plus vague et d'ordre intestinal : diarrhée, avec altération de l'état général. L'intervention fut suivie d'un décès rapide ; elle avait montré un ulcère infiltré de l'angle duodénojéjunal.

La lymphogranulomatose maligne de l'intestin.

Des localisations primitives de la maladie de Hodgkin ont été décrites :

Sur le jéjunum : par Partsch, Hanneborg, Sarhage, Esskind, de Groot, Braine (cas douteux), Sigmund-Josselin de Jong.

Sur l'iléon : par Nowilki, Heimann-Hartry, Sussig, Biebl, (cas douteux), Oglobina, Hanneborg, Pamperl, Catsaras et Georgantas.

Sur la région iléo-cæcale : par Pape, Pissarewa.

Les tableaux cliniques de ces localisations sont trop flous pour permettre des descriptions région par région. Seules, en effet, les formes sténosantes permettent une localisation clinique et radiologique. Or sur 6 cas jéjunaux, un seul est sténosant, avec symptômes duodénaux : grands vomissements, distension gastrique, clapotage au niveau de l'étage supérieur de l'abdomen, image radiologique assez probante : c'est le cas de Groot. Sur les 6 observations de localisation iléale, 3 relatent une sténose basse sur le grêle avec syndrome de König : 2 observations de Sussig et une d'Oglobina. Aucune des 3 localisations iléo-cæcales ne comporte une obstruction intestinale.

Un cas a été opéré d'urgence pour perforation en péri-toïne libre (Josselin de Jong).

Dans 5 cas, c'est la constatation d'une masse abdominale qui constitue le centre du tableau clinique : soit tumeurs multiples et dures à gauche et à droite de l'ombilic (Ess-

kind), soit une masse hypogastrique unique, mal limitée (Sussig), soit des tumeurs de volume variable, siégeant dans la F. I. D.

Souvent les symptômes cliniques sont encore plus vagues :

Des douleurs (5 cas), en général imprécises, de siège variable d'un malade à l'autre, mais toujours fixes chez le même, parfois à type de coliques.

Diarrhée (5 cas) périodique ou continue.

Troubles dyspeptiques divers.

Hémorragies soit hématoméses dans une localisation jéjunale (Hanneborg), soit melæna très abondant (Sigmund, Schegolew), soit seulement des hémorragies occultes intermittentes décelées par l'examen chimique des selles.

L'altération de l'état général est constante, parfois extrême (Sarhage). La fièvre périodique, coïncidant avec les troubles digestifs et douloureux, ou survenant en période d'accalmie, a été notée dans 5 cas.

L'examen radiologique n'a fourni des données positives que dans les localisations cæcales, montrant une cupule d'invagination dans un cas, un cæcum non injecté dans un autre.

Quant à l'examen de sang, il a fourni des indications variées : à côté d'une hypoglobulie constante, un chiffre leucocytaire global tantôt normal, tantôt augmenté, tantôt même diminué, aux environs de 3.000 (Sussig, Heimann, Hartry). La polynucléose est constante, de même une éosinophilie de chiffre variable (jusqu'à 9 %).

En somme, signes vagues et divers, étiquetés de diagnostics variés, assez fréquemment de tuberculose intestinale. Ainsi s'explique-t-il que sur 21 malades, 12 seulement aient été opérés. Les autres sont morts, en majorité de cachexie, 3 d'hémorragie foudroyante, un de perforation intestinale (Esskind). La durée moyenne des troubles intestinaux ne dépasse pas 6 mois : rapidité de l'évolution qui contraste avec la relative lenteur des formes gastriques.

Au point de vue anatomique, à côté des infiltrats ulcérés multiples (encore faut-il noter que la multiplicité des ulcè-

res ne s'est manifestée dans deux cas que par des déboires opératoires), il convient de noter les formes tumorales : Cette cavité volumineuse tapissée de tissus granulomateux, dans le pôle supérieur de laquelle s'ouvrait l'anse intestinale : aspect décrit par Sussig et qui coïncide — fait paradoxal — avec une sténose intestinale. Cette tumeur fusionnant entre eux les deux pieds d'une anse jéjunale qu'elle fistulisait entre eux formant ainsi un court circuit, perforée en surplus dans le péritoine (Sussig). Ces élargissements durs et tubulaires du grêle, longs de 4 jusqu'à 40 cm. (3 cas) ; des infiltrats plus ou moins globuleux du bord mésentérique (2 cas) ; des invaginations, toutes les 3 iléo-coliques (Pape, Pissarewa, Catsaras) ; des ulcères pénétrant dans l'utérus (Heimann-Hartry), la vessie.

L'adénopathie ne manque que dans un cas. Elle a atteint les ganglions péri-aortiques dans le cas de Wald que nous avons éliminé de ce fait.

Au point de vue opératoire, 12 cas ont été traités par résection intestinale, dont :

4 localisations jéjunales supérieures :

Schegolew

de Groot (2 cas).

Josselin de Jong (résection pour perforation jéjunale).

= 3 morts post-opératoires, 1 résultat inconnu.

6 résections iléales :

Terplan et Pamperl.

Sussig (2 cas).

Oglobina.

Ringdal.

Catsaras et Georgantas.

= 2 morts post-opératoires (Sussig) l'une due à la perforation d'un ulcère méconnu.

2 récidives, toutes deux mortelles au bout de 8 mois, l'une par généralisation, l'autre par perforation d'ulcère.

1 survie de 8 mois, après exérèse insuffisante des ganglions complétée par radiothérapie.

- 1 guérison (durée ?) cas de Terplan et Pamperl.
- 1 hémicolectomie pour tumeur de l'iléon terminal récidive après un an.
- 1 appendicectomie : mort post-opératoire par fistule stercorale de la base du cæcum également envahi (ce cas de Pissarewa mérite d'être cité ici, bien que la coexistence d'un nodule splénique découvert à l'autopsie le soustraie à ce cadre).

Restent deux cas douteux : celui de Biebl et celui de Braine.

Biebl a réséqué une tumeur du grêle envahissant la paroi vésicale. Le diagnostic histologique fut : tissu de granulation à grandes cellules avec cellules géantes. Lymphogranulomatose. Cinq ans plus tard il réintervint chez ce malade pour une perforation d'un nodule ulcéré et réséqua 40 cm. de jéjunum, emportant ainsi 3 ulcères analogues et plusieurs placards tumoraux avec les ganglions envahis. Après radiothérapie post-opératoire, le malade put reprendre son travail 5 mois plus tard. L'examen histologique montra un tissu de granulation avec cellules de taille moyenne, polymorphes, ressemblant à des plasmocytes. Lymphocytes. Mitoses nombreuses et débris nucléaires. Ni éosinophiles, ni cellule de Sternberg ; mais « cellules de Sternberg jeune ».

S'agit-il là d'une lymphogranulomatose ou plutôt d'un sarcome lymphatique atypique ou encore d'un granulome malin en marge de la maladie de Hodgkin ?

Le cas Braine représenterait dans cette étude le cas monstrueux, s'il était avéré que ce malade était vraiment atteint d'une lymphogranulomatose. Braine a opéré il y a 12 ans un coureur cycliste d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte qui englobait le côlon ascendant et une anse jéjunale fistulisée dans le côlon. Ganglions nombreux. Braine fit une résection jéjunale suivie d'anastomose bout à bout et une hémicolectomie avec iléotransversostomie. Ce malade que nous avons pu voir est, 12 ans après cette opération, en parfaite santé.

Lecène a posé le diagnostic histologique de maladie de Hodgkin chez ce malade, l'Institut Curie celui de lymphosarcome. Nous avons pu examiner une coupe assez bien conservée. De nouvelles coupes que nous avons fait faire sont moins bonnes. Nous les avons montré au Professeur Leroux. Il semble bien que le diagnostic de maladie de Hodgkin repose sur des bases un peu fragiles : il n'y a pas de cellule de Sternberg typique ; et après coloration au bleu polychrome, les granulocytes paraissent rares.

L'impression générale très pessimiste que nous laisse le traitement chirurgical de la maladie de Hogdkin intestinale, plus encore que celui de sa localisation gastrique, reste donc entière.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (Moulonguet).

Tumeur lymphatique diffuse de l'estomac. Gastrectomie. Mort.

B... Antoine, instituteur, 60 ans, se plaint d'une grande fatigue dont le début remonte à six mois, et dont l'intensité n'a cessé de croître, l'obligeant depuis un mois, à arrêter son travail. Parallèlement il a maigri de 5 à 6 kgr. ; il a pâli. Des troubles digestifs, assez vagues et intermittents s'y ajoutent : inappétence, pesanteur avant les repas avec sensation de faim pénible qui disparaît par le simple repos. Pas de douleurs vraies. Pas de vomissements.

Il est à noter qu'il y a vingt ans, ce malade a présenté un épisode gastrique sans lendemain : douleurs calmées par l'ingestion d'aliments. Un tubage a montré de l'hyperchlorhydrie ; les douleurs ont disparu au bout de deux mois.

A l'examen, on palpe une masse sous le rebord costal gauche, en dehors du grand droit. Masse irrégulière, lobulée, dure, un peu sensible, de la taille d'une petite mandarine environ, qui paraît légèrement mobile. Elle est sonore à la percussion.

La radiographie montre une image lacunaire de la grande courbure.

Intervention, le 17 février 1928 à la locale.

Gastrectomie segmentaire très étendue avec ablation des ganglions des deux courbures. Dissection du mésocolon qui n'est pas trop pris. Gastro-gastrostomie terminale en deux plans de suture au fil de lin en surjet bord à bord.

Paroi en un plan aux crins doubles.

L'opération a été bien supportée. Trois bouffées de Schleich

au moment de l'extériorisation de la tumeur. Mort le sixième jour. Pas d'autopsie.

Pièce : tumeur énorme, ulcérée du corps de l'estomac avec gros ganglions des deux courbures.

Examen histologique (Moulonguet) : l'ensemble de la coupe est très homogène, constitué uniformément par des cellules de petite taille qui sont : tantôt en amas, tantôt rangées par rapport au stroma. Dans ce dernier cas, elles affectent fréquemment une disposition qui rappelle celle des éléments endothéliaux limitant des cavités et des canaux.

Prises isolément, ces cellules ont un protoplasma très peu abondant ; leur noyau est formé par un amas chromatinien riche et relativement dense.

En résumé, il s'agit d'un lymphocytome dont la disposition architecturale peut faire se demander s'il n'a pas des relations histogénétiques avec les endothéliomes.

OBSERVATION N° 2 (Moulonguet).

Tumeur lymphatique de l'estomac. Résection.

Guérison de 7 ans 1/2.

Mme Co... 57 ans, souffre depuis trois mois d'une pesanteur gastrique continue qui s'accroît immédiatement après le repas, s'accompagnant d'irradiations douloureuses scapulaires gauches. Quelques pituites matinales. Amaigrissement de 10 kgr. en dix mois.

A l'examen : une tumeur abdominale, mal limitée, mobile avec la respiration, sans contact lombaire, un peu masquée par le ballonnement. B.-W.

Après repas baryté, l'examen radiologique montre un estomac descendant bas, au-dessous de la ligne bi-iliaque. L'antrum pylorique présente une zone, plus étendue le long de la petite courbure que de la grande, à limite inféro-externe assez nette, concave en haut et à droite, zone d'une opacité bien moindre que le reste de l'estomac injecté. Tout près du pylore, le contour des deux courbures est irrégulier. Pas de résidu.

Le lavement baryté traverse sans arrêt un cadre colique normal.

Intervention le 30 septembre 1931 : tumeur de l'antré pylo-rique située sur la petite courbure, très nettement bosselée, blanchâtre, élastique. Pas de péritonite cancéreuse, contrastant avec le volume de la tumeur. Quelques ganglions d'aspect inflammatoire.

Gastrectomie. Décollement postérieur de l'estomac qui adhère au mésocôlon dont on emporte une partie. Billroth II.

Pièce ouverte : aspect de chancre gigantesque. Ulcération à fond plat, nettement limité par un rebord circulaire, éversé en dehors. Au voisinage, sur la face antérieure, énormes bosselures. Ailleurs, la muqueuse a son aspect normal.

Examen de sang le 9 octobre :

G. R.....	3.000.000
G. B.....	12.000
Poly	87 %

Revue le 28 février 1939, parfait état digestif et général. A repris depuis des années ses besognes de femme de ménage. Foie et rate normaux. Pas de ganglions. Examen de sang normal.

Examen histologique (Moulonguet) : L'aspect d'ensemble est très homogène, mais par endroits les éléments cellulaires sont un peu écartés les uns des autres, comme s'il y avait de l'œdème. Le stroma est très peu abondant. Les éléments cellulaires sont assez volumineux, à protoplasma relativement abondant, bien reconnaissable ; leur noyau est moyennement chromophile. Il est à noter sur les colorations au bleu polychrome que ce noyau présente constamment un ou deux nucléoles très nettement visibles ; le cytoplasme de la plupart de ces cellules est agranuleux ; mais, au milieu d'elles, il en est quelques-unes qui présentent tout à fait les mêmes caractères morphologiques mais dont le protoplasma est granuleux : granulations tantôt très fines, acidophiles ou neutres, tantôt beaucoup plus grosses et basophiles.

En résumé, lymphoblastome qui, du fait de ces éléments granuleux, a probablement des relations histogénétiques avec les éléments myélo-lymphatiques souches, susceptibles d'évoluer suivant ces deux séries.

OBSERVATION N° 3 (Michon)

Tumeur lymphatique de l'estomac. Guérison de six ans et demi après gastrectomie.

Mme L..., 44 ans. Douleurs gastriques tardives, sans vomissements, évoluant par poussées successives depuis six ans. Amaigrissement, asthénie, pâleur intense. La palpation ne montre aucune tumeur. Le cliché radiologique révèle une vaste lacune prépylorique.

L'anachlorydrie gastrique est complète. L'évacuation gastrique rapide. Des hémorragies occultes sont constatées à deux reprises dans les selles. B. W. — Urée : 0,45.

A l'intervention, le 8 novembre 1932, sous-anesthésie locale : Une énorme tumeur de la portion horizontale, mobile. Pas d'adénopathie décelable.

Gastrectomie large. Suites normales. Sortie le douzième jour.

L'estomac ouvert : volumineuse tumeur arrondie, de dimension double d'une pièce de 5 francs, à bords nets, éversés. Aspect lardacé.

Revue le 13 juillet 1933 : parfait état.

Formule leucocytaire : légère anémie, normale par ailleurs.

Janvier 1939, parfait état général. Bonnes digestions.

Examen histologique : cette volumineuse tumeur est formée par des amas de cellules lymphatiques qui, vues à un fort grossissement, semblent relever de deux types étroitement mélangés : des lymphoblastes et des lymphocytes. Entre ces cellules, un stroma relativement abondant, sans structure systématisée, constitue la charpente du néoplasme. Les lymphoblastes sont des éléments plus volumineux, pourvus d'un protoplasma relativement abondant, agranuleux ; leur noyau est relativement clair et leur chromatine très fine, presque poussiéreuse. Les lymphocytes sont réduits au seul noyau contracté et beaucoup plus chromophile. Entre ces deux types de cellules on trouve quelques formes de passage qui établissent leur filiation. Pas d'éléments monstrueux. Peu de cellules endothéliales.

En résumé, lymphoblastome avec évolution assez marquée vers le lymphocytome.

OBSERVATION N° 4

(Flandin, Mocquot, Escalier, Albot et Bousser).

Sarcome lymphoblastique de l'estomac réséqué. Récidive un an après.

Femme de 34 ans. Depuis quatre mois, douleurs épigastriques, amaigrissement de 10 kgr. Melæna. Masse épigastrique dure, régulière, à grosses bosselures, du volume d'un poing, très mobile. Anémie (G. R. : 2 millions 6).

Hypochlorhydrie.	Après injection d'histamine
Acidité totale.....	2,84 ‰
HCl libre.....	1,97 ‰

Examen radiologique : image lacunaire de la portion antrale de la grande courbure. Irrégularité des contours des deux courbures dans cette zone. Passage pylorique normal.

Intervention (Prof. Mocquot) : tumeur volumineuse de l'antra pylorique, allongée, recouverte de péritoine sain. 4 à 5 ganglions sous et rétropyloriques du volume d'une cerise.

Gastropyloréctomie à la Finsterer avec dissection des ganglions duodéno pancréatiques.

Estomac ouvert : La tumeur qui occupe presque toute la pièce réséquée présente des bosselures intragastriques effaçant les plis de la muqueuse sans l'envahir ; celle-ci est lisse et blanche à ce niveau. Une ulcération térébrante sur la petite courbure.

Examen histologique (Albot) : 1° au niveau d'une bosse-lure : Infiltration exactement limitée à la sous-muqueuse par des cellules rondes, isolées, à noyau plus volumineux et plus clair, à protoplasma plus abondant que les lymphocytes normaux. Nombreuses atypies et monstruosité nucléaires. Aucune trame conjonctive ;

2° Au bord de l'ulcération : infiltration des cellules tumorales envahissant musculuse et muqueuse dont persistent quelques débris glandulaires. L'ulcération est taillée à pic dans le tissu tumoral et sa paroi montre sur une faible épaisseur de la nécrose fibrinoïde et de la polynucléose locale ;

3° Ganglions : même aspect tumoral.

Revue un an plus tard (18 mai 1934, Prof. Mocquot) : Masse du volume d'une grosse orange dans l'hypochondre et le flanc gauche. Radiothérapie pénétrante.

Mort peu après.

OBSERVATION N° 5 (Caby et Mlle Gasne).

Sarcome lymphoblastique de l'estomac. Résection. Résultats récents.

Il s'agit d'un homme de 66 ans qui a présenté depuis trois à quatre mois des douleurs épigastriques et un fléchissement progressif de son état général. Le malade qui jusqu'alors était resté vigoureux et menait une vie active, faisant même des travaux manuels pénibles, a senti peu à peu ses forces diminuer. Il perd l'appétit, il maigrit pendant cette période de plus de 12 kilos.

En même temps apparaissent des douleurs abdominales qui deviennent bientôt continues. La douleur siège au creux épigastrique et irradie transversalement avec prédominance à gauche. Elle est permanente et sourde, obligeant le malade à se tenir un peu courbé en avant. En outre il existe des paroxysmes soudains, survenant tous les jours, mais sans horaire fixe et en particulier sans rapports nets avec l'ingestion d'aliments.

Tout appétit a progressivement disparu, le malade ne s'alimente presque plus. Il n'y a jamais eu de vomissements. La constipation est devenue opiniâtre sans que les selles aient présenté un caractère anormal.

Aucun antécédent et en particulier pas d'antécédents gastriques. Fièvre typhoïde en 1896.

Examen : malade profondément amaigri. Yeux excavés, teint jaune paille. Aspect voûté, fatigue extrême. Le malade

étant étendu, on constate aisément une voussure légère, mais très nette de l'épigastre.

La palpation du creux épigastrique éveille une sensibilité diffuse et permet de sentir une tumeur mal limitée, induration diffuse, allongée transversalement. Elle atteint à droite et dépasse à gauche le bord externe du muscle droit ; sa hauteur est d'environ 4 travers de doigt.

Elle présente une certaine mobilité verticale, mais pas de mobilité transversale. Le foie, la rate, les poumons sont normaux. Pas de ganglions cervicaux, axillaires ou inguinaux.

Radiographie : estomac allongé en J contenant une petite quantité de liquide de stase. Infiltration de la moitié de la petite courbure et de tout le segment horizontal de la grande, à limites arrondies, polycycliques. Evacuation normale.

Examens complémentaires : pression artérielle 12-8 au Vaquez. Temps de saignement deux minutes, de coagulation douze minutes. Urée sanguine 20 cgr. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Numération globulaire :

Globules rouges.....	4.350.000
Globules blancs.....	13.800

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	87 %
Polynucléaires éosinophiles.....	6 %
Mononucléaires.....	6 %
Lymphocytes.....	1 %

Réaction de Wassermann et de Hecht négatives, de Vernes 0. Température 37°.

Intervention le 14 novembre 1938. Le malade a reçu une heure avant l'opération un lavement de 3 gr. de chloral. Anesthésie loco-régionale avec la solution de Kirschner. Incision médiane sus-ombilicale. Infiltration anesthésique du péritoine pariétal, de la partie haute du petit épiploon jusqu'au cardia, du péritoine postérieur au-dessus du pancréas et dans l'angle aortico-cave. La masse tumorale infiltrant largement la grande courbure, rétracte le ligament gastro-colique et adhère au mésocôlon qu'elle attire comme on le voit bien, en relevant le côlon et en examinant la face

inférieure du méso. L'ensemble de la masse est assez mobile. On ne sent pas de ganglion à l'origine de la coronaire et on ne constate pas de métastase hépatique.

Décollement coloépiploïque. On sectionne le mésocôlon en dehors de la portion infiltrée en laissant ainsi cette zone adhérente à l'estomac suivant une surface de 6 cm. de diamètre. Ce faisant on a pu respecter l'arcade de Riolan et la colique droite supérieure, mais on a dû emporter un long segment de la colique moyenne. Libération du pylore, section du duodénum et fermeture à la manière de Mayo. Section de la coronaire à l'origine de sa faux, gastrectomie enlevant plus des trois quarts de l'estomac, anastomose type Polya à anse courte transmésocolique par deux surjets de fil de lin bord à bord, avec fixation du mésocôlon à l'estomac et fermeture de la brèche mésocolique.

Fermeture de paroi : un surjet péritonéal catgut : 1: Aponévrose au catgut n° 3 à points séparés sur un drain. Agrafes sur la peau.

Pièce opératoire : la partie de l'estomac enlevée, mesure 30 cm. sur la grande courbure et 14 sur la petite. La moitié de la pièce est infiltrée par la tumeur très irrégulière, de couleur légèrement rosée. Le tissu tumoral est de consistance ferme et à la coupe de couleur gris-jaunâtre. Il existe une hypertrophie des ganglions sous et rétro-pyloriques dont certains atteignent le volume d'une noisette. On trouve un petit ganglion sus-pylorique de la taille d'une lentille.

A l'ouverture de l'estomac on voit une vaste ulcération, profonde et sanieuse, occupant toute la région de l'antrum. Au-dessus d'elle il existe trois ulcérations arrondies de 1 à 3 cm. de diamètre, à bords un peu surélevés, à fond rougeâtre.

Suites opératoires : le malade boit dès le premier jour et son état s'améliore rapidement, malgré une ascension de la température à 39° le troisième jour. Le septième jour, ablation des agrafes. Bon aspect de la paroi. Le huitième jour éviscération subite : déhiscence de la partie inférieure de la cicatrice et issue de 30 cm. de grêle. On intervint une heure et demie après : sous-anesthésie locale, on réintègre les anses lavées à l'éther et on ferme la paroi en un plan au fil d'argent.

Sortie de l'hôpital le 20 décembre. Le traitement chirurgical est complété par 20 séances de radiothérapie, à raison de

3 par semaine, du 17 décembre au 31 janvier (champ épigastrique de 25 × 25 cm. Dose 50 r. à 2 m.).

Le malade reprend du poids et des forces. Une radiographie faite le 17 février 1939, montre un estomac de 10 cm. s'évacuant régulièrement. La bouche est souple, ses contours sont nets. Il n'y a pas de reflux dans l'anse afférente. Pendant le mois de février, le malade a repris 5 kgr.

Revu en mars, en excellent état. Paroi solide, aucune induration profonde à la palpation. Le malade fait 5 repas par jour et digère tout (même du boudin).

Examen histologique (Moulonguet) : L'aspect de la coupe est très homogène, sa structure alvéolaire assez nette. Ces alvéoles, délimitées par des travées collagènes relativement épaisses, comprennent entre leurs mailles des cellules assez volumineuses qui sont des lymphoblastes. Au milieu de ces lymphoblastes, quelques éléments beaucoup plus colorés, très fréquemment en mitose. Les lymphoblastes ont un protoplasme relativement abondant et agranuleux. Leur noyau souvent ovalaire est formé par une chromatine assez abondante, modérément chromophile, au milieu de laquelle on colore, par le bleu polychrome, un nucléole. A signaler, ici et là, quelques cellules à noyau plus volumineux et très clairs qui paraissent être des cellules souches.

OBSERVATION n° 6 (Eltrich).

Tumeur lymphatique gastrique double. Mort.

R..., âgé de 37 ans. Troubles digestifs. Pesanteur épigastrique, vomissements, altération importante de l'état général. En quelques mois, ce malade est devenu cachectique. A l'examen clinique, tumeur épigastrique mobile avec la respiration. Radiologiquement : sténose médiogastrique avec irrégularités de la petite courbure, aspect lacunaire étendu dans la région moyenne de l'estomac.

A l'intervention, le 16 octobre 1935 : 2 tumeurs, l'une très volumineuse à la partie moyenne de la petite courbure, l'autre plus basse située, à la face antérieure du vestibule pylorique.

Gastrectomie très étendue. Finsterer. La résection emporte 16 cm. de petite courbure et 32 cm. de grande courbure.

A l'ouverture de la pièce, les deux tumeurs sont arrondies, nettement séparées l'une de l'autre.

Mort le dix-neuvième jour de « cachexie ». Pas d'autopsie.

Examen histologique (Moulonguet) : La coupe comporte une muqueuse gastrique intacte. La néoplasie siège dans la sous-muqueuse et la musculuse ; elle est constituée par des amas cellulaires remarquablement uniformes, qui sont des lymphocytes de grande taille. Ces cellules sont constituées uniquement par le noyau. Le protoplasme est à peine visible. Le noyau est formé par une chromatine à gros grains assez denses. Le stroma est très réduit, formé par les fibres collagène très fines.

En résumé, lymphocytome à grands lymphocytes.

OBSERVATION N° 7 (Charleux et Cuny, Annemasse).

*Invagination par tumeur lymphatique du grêle
chez enfant de 3 ans. Résection. Guérison de 6 ans 1/2*

G... Jean, âgé de 3 ans 1/2, commence à se plaindre du ventre en mai 1932. Douleurs intermittentes avec amaigrissement et perte de l'appétit. Amélioration apparente par les antispasmodiques. Deux mois plus tard, ces crises douloureuses reprennent plus violentes, durent un quart d'heure, s'accompagnent de gargouillements et de vomissements ; elles surviennent tous les deux ou trois jours. A la suite de l'administration d'un vermifuge, les selles deviennent sanginolentes. Le transit intestinal est peu troublé.

Vu le 24 novembre, l'enfant a l'aspect d'un tuberculeux : cachectique avec météorisme abdominal, micropoly-adénopathie prédominante aux aines, température à 37°5. Mais l'observation oculaire d'une crise particulièrement violente avec mouvements péristaltiques péri et sous-ombiliçaux très nets, vomissements, et bruits hydro-aériques juste avant sa terminaison, l'impression de percevoir une tumeur mobile dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen font reformer ce D et poser celui d'occlusion chronique du grêle.

A la laparotomie médiane : découverte d'un boudin d'invagination très long remontant jusqu'au début du transverse.

Le grêle est surdistendu. Cæcum et ascendant mobiles. Réduction partielle, ne peut être poussée au-delà du cæcum très œdédié. On note l'existence, sur le grêle, de 2 plaques rosées, légèrement surélevées, d'aspect urticarien.

Anastomose iléotransverse avec section de l'iléon, après écrasement et enfouissement des bouts. Extériorisation de la tumeur.

Quarante-trois heures après l'intervention, boutonnière intestinale au thermocautére : le ballonnement cesse. Selle le troisième jour par les voies naturelles.

Résection progressive du méso et de la tumeur intestinale au cours de la deuxième semaine. Cette section porte uniquement sur l'iléon terminal sur lequel s'implante une tumeur saillante dans la lumière intestinale, la désinvagination s'étant complétée spontanément.

Examen de la pièce (Prof. Askanazy, Genève) : intestin ouvert : grêle reséqué : 10 cm. Champignon de 5 cm. de long sur 4 cm. de base, gris pâle, recouvert de muqueuse tendue non ulcérée, Paroi épaisse de 5 mm. ; tranche formée de tissu blanc-rosâtre, opalescent et humide, l'aspect lardacé, avec foyers jaunâtres.

Microscopiquement : muqueuse intacte. Infiltration de la sous-muqueuse et de la musculuse rendue méconnaissable par amas de petites cellules rondes à noyau finement vésiculeux, très peu riche en protoplasma, ressemblant à des lymphocytes. Nombreuses mitoses. Entre ces amas, des cellules réticulaires. Nécroses centrales souvent parcourues par des vaisseaux à paroi mince.

Diagnostic : lymphosarcome (Prof. Askanazy, Genève).

Suites opératoires normales. Radiothérapie pénétrante : 4.000 R. en deux séances à quarante-huit heures d'intervalle sur tout l'abdomen.

Trois mois après, cure de la fistule stercorale.

En décembre 1933, nouvelle intervention pour éventration avec étranglement chronique du cæcum. Pas trace de récidiye. Sur le grêle, en amont de l'anastomose, une dizaine de granulations blanches sous-séreuses.

A l'examen histologique (Askanazy) le nodule prélevé, de la taille d'une tête d'épingle, paraît formé de cellules géantes avec inclusions d'aiguilles réfringentes, de quelques lym-

phocytes. D anatomique : nodule formé autour d'un corps étranger.

Grâce à l'obligeance du Dr Charleux, nous avons pu avoir des nouvelles récentes du malade : le 1^{er} mai 1939, parfaite santé. Digestions normales.

OBSERVATION N° 8 (Moulonguet).

Invagination par tumeur lymphatique de l'iléon chez un garçon de 11 ans. Résection, guérison d'un an.

L..., âgé de 11 ans, entre à la Maison Dubois à la suite de crises douloureuses abdominales, d'une grande violence étiquetées appendicite. Cependant l'apyrexie, l'absence de vomissements, un point de Mac Burney douteux lors de son arrivée firent surseoir à l'intervention.

Le lendemain il fut pris d'une nouvelle crise avec vomissements. Les douleurs étaient d'une telle acuité que l'enfant se roulait sur son lit ; elles cessèrent au bout d'une heure.

A l'examen on put constater la présence d'un boudin dans la F. I. D., allongé de haut en bas.

L'intervention pratiquée aussitôt montra une invagination iléo-iléale, facile à réduire, causée par une petite tumeur, de la grosseur d'une noix, du 1/3 inférieur du grêle, mais ayant tendance à se reproduire aussitôt.

Entérectomie typique avec suture termino-terminale des deux bouts absolument semblables (Aucune dilatation en amont).

A l'examen de la pièce, la tumeur apparaît extérieurement comme une zone déprimée en verre de montre. A l'ouverture de l'intestin, c'est une saillie arrondie, à base d'implantation ovale à grand axe long de 4 cm., ombiliquée au centre, mais recouverte partout ailleurs d'une muqueuse intacte. Tumeur de consistance élastique (fig. 2).

Histologiquement (Masson), la tumeur répond à deux foyers d'infiltration d'âge un peu différents, confluent par leurs bords, atteignant la paroi intestinale dans toute son épaisseur et marqués chacun par une saillie péritonéale située au regard des centres respectifs.

L'un des foyers est ulcéré. La face interne de l'autre est

formée par des villosités envahies, mais à revêtement intact.

Le tissu tumoral est d'aspect lymphoïde : lymphocytes prédominants mêlés de cellules plus grandes dont certaines sont sans doute des macrophages (corps tingibles). Ces éléments sont répartis dans les mailles d'un stroma très vasculaire, ça et là hyalinisé.

Les constituants de la paroi (muscularis mucosae, muscles) résistent longtemps à l'infiltration.

Nombreux éosinophiles dans toute la tumeur, mais surtout à sa périphérie.

Lymphocytome.

Formule sanguine, un mois après :

G. R.....	3.900.000
G. B.....	9.000
Poly.....	53
Lympho.....	34
Moyen mono.....	10
Grands mono.....	1
Eosino.....	2

Revu le 2 mai 1939. Parfait état.

OBSERVATION N° 9 (Deniker).

Tumeur lymphatique iléale récidivée après résection économique.

Mlle R... Antoinette, 23 ans, entre à l'Hôpital Tenon le 6 octobre 1936 pour douleurs abdominales à type de coliques avec nausées et troubles intestinaux. Le diagnostic posé fut celui d'appendicite chronique, et le 8 octobre 1936 on pratiqua une appendicectomie. Mais l'opérateur perçut une induration de l'iléon au voisinage de la valvule de Bauhin ainsi que quelques ganglions du confluent iléo-cæcal. Il préleva un ganglion qui, à l'examen histologique, parut normal. La malade guérit, mais deux mois plus tard, revint pour des signes de sténose sur le grêle. A l'intervention, on trouva près de l'angle iléo-cæcal, à 10 cm. environ, une tumeur iléale du volume d'une noix et un envahissement des ganglions mésentériques.

tériques. L'angle iléo-cæcal, par contre, parut normal d'aspect. Résection de 10 cm. d'iléon après ligature première du méso, fermeture latéro-latérale rendue un peu délicate par l'exubérance de la muqueuse qui semblait présenter des lésions d'entérite (voir fig. 1). Paroi en trois plans sans drainage. Prélèvement d'un ganglion.

Cette malade eut des suites opératoires normales, se sentit guérie pendant dix-huit mois, puis fut reprise de douleurs dans la fosse iléale droite et le flanc droit. Ses selles devinrent diarrhéiques ; elle présenta quelques vomissements le matin ; deux mois avant elle avait fait une fausse couche de quatre mois. A l'examen, on trouva dans la fosse iliaque droite une masse de consistance ferme, à limite droite et inférieure nette ; limite supérieure et interne floue.

L'examen radiologique après lavement baryté montra un remplissage lent du cadre colique, le cæcum parut gros, douloureux, mal rempli, mais mobile ; la valvule iléo-cæcale n'était pas perméable.

Dosage d'urée : 0,25.

Examen du sang :

Globules rouges.....	3.030.000
Globules blancs.....	20.800
Poly neutro.....	75
Grand mono.....	4
Moyen mono.....	21
Hémoglobine.....	65 %

A l'opération, le 14 février 1939, on trouva par incision para-rectale droite une grosse masse cæcale adhérente qu'on dégage progressivement, mais qui fait corps avec la paroi postérieure. L'intestin grêle ne présente aucune granulation. Par contre, le mésentère est plein d'énormes ganglions dont certains atteignent le volume d'une grosse noix. L'un d'eux est prélevé pour examen.

Anastomose iléotransverse au bouton ; fermeture en trois plans sans drainage.

Suites opératoires fébriles avec abcès de la paroi. La température devint normale le quatorzième jour, on pratiqua alors 10 séances de rayons X entre le 15 et le 30 mars par deux champs antérieur et postérieur à la dose totale de 200 R. par champ. Ce traitement pourtant faible parut assez

mal supporté. A ce moment on nota la présence de ganglions cervicaux augmentés de volume ; la mort survint le 30 avril.

Examen histologique (Moulonguet) : Les coupes que nous possédons sont au nombre de quatre. La première est celle d'un ganglion prélevé le 8 octobre 1936. Ce ganglion, hyperplasique, ne présente aucun aspect qui permette de conclure à une tumeur.

Deux prélèvements remontent à la seconde intervention et intéressent la paroi iléale. Une des coupes a été prélevée au niveau de l'épaississement tumoral, l'autre à la limite du segment iléal réséqué (Voir fig. n° 1).

Cette deuxième coupe montre une infiltration tumorale exclusivement limitée aux villosités intestinales qui sont distendues par des cellules lymphatiques situées à l'intérieur de la muqueuse, au milieu des glandes. En ces points, la muscularis mucosae n'est pas franchie. La sous-muqueuse est saine.

La coupe prélevée au niveau de la tumeur montre que la muscularis mucosae est franchie par les tissus tumoraux. De gros amas occupent, à la fois la sous-muqueuse, la muqueuse et la musculieuse. Au fort grossissement, ce tissu est constitué par des cellules lymphatiques d'aspect un peu différent les unes des autres au milieu d'un stroma très réduit. Différent entre elles par la taille, par l'abondance du protoplasma et l'aspect du noyau, les unes s'identifient aux lymphocytes, les autres aux lymphoblastes. On remarque quelques cellules à gros noyau, très colorées, à protoplasma abondant et acideophile. Des granulations protoplasmiques existent dans certains éléments peu nombreux sous forme de grains basophiles. On observe de nombreux éléments de transition entre ces différents groupes.

En somme, tumeur lymphatique polymorphe qui, à cause de ces gros éléments foncés, pourrait être qualifiée de lymphosarcome.

Le troisième prélèvement est daté du 4 février 1939 et représente une coupe de ganglions.

La structure est analogue à celle de la coupe intestinale précédente. Le stroma est plus abondant, à travée assez forte. Le nombre de lymphoblastes est plus nombreux, alors que les lymphocytes ont presque disparu. Par contre, les grandes cellules à noyau très foncé sont en nombre plus important,

ce qui peut être interprété comme une accentuation de l'atypie.

Notons que cette dernière coupe, vue indépendamment des précédentes, a été interprétée par Pittaluga, comme une maladie de Hodgking.

OBSERVATION N° 10 (Gaudart d'Allaines).

*Tumeurs lymphatiques multiples du grêle. Résection incomplète.
Récidive précoce maligne.*

Mme S..., 52 ans, est examinée pour la première fois le 20 décembre 1931 par le Dr Coquelin, à l'occasion d'une perte de connaissance. Un certain degré de tachycardie, une sensibilité vive à la pression du quadrant supérieur droit de l'abdomen, par ailleurs souple : Telles sont les seules données de l'examen immédiat. Depuis plusieurs années déjà, cette malade souffrait de digestions pénibles ; elle avait fini par ne plus s'alimenter que de liquides qui seuls étaient bien supportés. Pas de vomissements. Des lipothymies, des vertiges survenaient assez fréquents depuis quelques mois. Un œdème de la jambe gauche, apparu depuis deux ans environ, persiste depuis, plus accentué le soir.

Dans les antécédents : un accouchement normal en 1916, une furonculose tenace en 1925, une hystérectomie en 1927 pour annexite, suivie d'éventration et de prolapsus vésico-vaginal.

Soumise d'abord à un traitement médical, elle n'en fut aucunement améliorée. Pendant ces semaines, des examens répétés montrèrent une région vésiculaire toujours un peu sensible. En réalité, la douleur abdominale qu'accusait la malade parut sans localisation ni cause précise ; certains jours, le ventre dans son ensemble était ballonné et sensible à la palpation. Celle-ci donnait cependant une impression de gâteau péritonéal. Aussi, devant le mauvais état général de la malade, le diagnostic de tuberculose entéropéritonéale fut-il porté.

Poumons, cœur, foie et rate normaux. Pus dans les urines. La numération globulaire montre :

G. R.....	4.600.000
G. B.....	17.000
Hémoglobine.....	70 %

Pas de formule leucocytaire.

L'urée sanguine était de 0,30 ; la glycémie de 1,20.

L'intervention fut pratiquée le 28 février 1932. Dès l'ouverture du péritoine, on aperçut, situées à la partie moyenne du grêle, une série de masses tumorales, en partie masquées par des adhérences. En libérant celles-ci, une perforation intestinale apparut au centre d'une de ces tumeurs. Très près d'elles, les deux pieds de l'anse iléale la plus malade étaient fusionnés en un seul bloc tumoral fermant ainsi un anneau intestinal complet. De gros ganglions dans la partie libre et dans la racine du méso.

Comme on pensait toujours à une tuberculose intestinale, on réséqua 1 m. 50 d'intestin, emportant largement tout le segment malade. Mais on laissa des ganglions dans la racine du mésentère. Anastomose terminoterminal. Drain dans le Douglas.

A l'ouverture de l'intestin : sur 1 m. 20 s'échelonnent des gâteaux tumoraux multiples, mamelonnés, jaune rosé, de consistance charnue, friables par endroits. La muqueuse à leur niveau semble avoir disparu, remplacée par une surface unie, plane. Pas d'ulcération. Au sommet de l'anneau intestinal, une fistule creusée en pleine tumeur unit les deux pieds de l'anse entre eux.

Suites immédiates favorables. La malade s'alimente bien, reprend du poids et des couleurs.

Le quinzième jour : ballonnement abdominal. Noyaux indurés disséminés. Matité de damier. Douleurs lombaires.

Quatre séances de radiothérapie moyennement pénétrante font disparaître ballonnement et masses.

A la cinquième semaine, vomissements incoercibles, jamais alimentaires d'ailleurs ; diarrhée rebelle à toute médication. Le ballonnement abdominal reparait avec zones de matités. Un examen radiologique après ingestion barytée, montre cependant un transit sans arrêt, accéléré même.

Fin avril, cachexie. Apparition du rythme respiratoire de Cheyne-Stokes quarante-huit heures après l'arrêt des vomissements. Mort.

Examen histologique : la tumeur occupe la sous-muqueuse envahissant la musculature en un point, ulcérant la muqueuse sur une large surface. Cette tumeur relativement petite sur coupe, est très bien limitée et comme encapsulée. Le

stroma y est grêle, sans structure définie. Les éléments cellulaires sont très uniformes, quelques-uns en voie de mitose. Ce sont des cellules de grande taille avec protoplasma relativement abondant et qui renferme assez fréquemment des granulations, tantôt acidophiles, tantôt neutrophiles, quelques granulations plus grosses sont basophiles. Leur noyau renferme une chromatine à petits grains et, par le bleu polychrome, en colore un ou deux nucléoles très nets.

En somme, lymphoblastome qui, du fait de ces éléments granuleux, a probablement des relations histogénétiques avec des éléments myélo-lymphatiques souches susceptibles d'évoluer suivant ces deux séries.

OBSERVATION N° 11 (Professeur Hartmann).

*Invagination par tumeur lymphatique iléale. Résection.
Récidive hépatique un mois plus tard.*

Homme, 22 ans. Depuis quatre mois il éprouve des douleurs abdominales, surtout marquées au-dessous de l'ombilic. Ces douleurs s'accompagnent quelquefois de gargouillements et de bruits intestinaux, mais elles n'ont pas constamment ce caractère colique. Progressivement, les douleurs ont augmenté, devenant très vives, et l'état général s'est altéré. Les gardes robes restent normales, mais on y a constaté, une fois, du sang reconnaissable, et l'analyse chimique a révélé à d'autres reprises le melæna.

A l'examen, le ventre est plat, dépressible ; on sent une résistance, sans tumeur vraie, dans la fosse iliaque droite. Ce n'est qu'en combinant le toucher rectal et le palper qu'on perçoit une petite tumeur dans la partie droite du pelvis.

Le 17 mars 1908, résection iléo-cæcale.

Incision verticale droite ; le côlon est dilaté et il contient une tumeur dans laquelle s'enfonce l'iléon. Il apparaît immédiatement qu'il s'agit d'une invagination. Le cæcum reste en dessous de la tumeur et ne participe pas à l'invagination. Section de l'iléon en amont de l'invagination. Section par petits paquets du mésocôlon ; libération de bas en haut du côlon ascendant ; section et fermeture du côlon. Anastomose

latérale iléo-colique. Réfection des mésos. Suture de la paroi sur un drain.

Examen de la pièce : le côlon étant ouvert, on voit saillir, dans sa cavité, une tuméfaction cylindrique d'un rouge vineux qui, en aval, continue la muqueuse intestinale normale. Au niveau de la tuméfaction, la muqueuse est rouge, granuleuse, d'apparence rigide. En amont, on voit un orifice étroit rappelant le museau de tanche : c'est la tête de l'invagination iléale. Il y a deux gros ganglions dans le mésocôlon.

Dès le 24 avril, l'opéré ressent des malaises dans le ventre et dans la région lombaire droite, il a de la fièvre et perd l'appétit. A l'examen, le ventre est augmenté de volume, il y a de la circulation collatérale du côté droit. Au palper, il existe une tuméfaction épigastrique et sous-costale droite.

Le 11 mai, laparotomie exploratrice.

Incision parallèle au rebord costal droit : il y a un peu d'ascite, le foie est marronné avec des bosselures arrondies, brunes, très vasculaires.

La mort survient la nuit suivante.

Examen histologique (Moulonget) : la tumeur occupe la sous-séreuse. Elle est constituée par des lymphoblastes répartis à l'intérieur d'alvéoles que délimite un stroma assez épais. Les aspects cellulaires sont très uniformes. Cependant au milieu de ces lymphoblastes existent des éléments de grande taille, à noyau très foncé, parfois polybolé, ébauche d'éléments monstrueux.

En résumé, il s'agit d'un lymphoblastome en évolution monstrueuse.

OBSERVATION N° 12 (Baumgartner).

*Invagination par tumeur lymphatique de la valvule iléocæcale.
Guérison quinze ans après hémicolectomie.*

Bl... Pierre, 25 ans, entre à l'hôpital pour crises douloureuses de l'hypochondre droit, dont le début remonte à quinze jours. Douleurs très violentes à type de torsion, accompagnées de vomissements. Les accès se succèdent en nombre variable pendant deux à quatre jours, puis s'apaisent pendant des semaines, pour reprendre de plus belle. Amaigrissement peu important.

A l'examen, on trouve une masse située dans l'hypochondre droit, assez régulière, plus ou moins douloureuse suivant les jours.

L'état subictérique du malade, la notion d'un ictère franc qui, l'an précédent, avait duré deux mois, orientent vers une hydropisie vésiculaire, la température étant normale. Le Bordet-Wassermann se montre négatif.

Après une mise en observation de deux mois, *l'intervention* est entreprise le 6 février 1924.

Incision parallèle au rebord costal. Mise à nu de la région sous-hépatique. On y trouve un boudin d'invagination iléo-colique allant jusqu'au milieu du transverse. On détache les adhérences lâches qui fixent le côlon au foie et on constate l'intégrité de la vésicule. Désinvagination facile par pression. Côlon, cæcum, iléon terminal et le méso sont rouges et œdématisés. En palpant le cæcum désinvaginé on y sent une tumeur dure, sur laquelle la paroi cæcale ne glisse pas et qui tient à la valvule.

Hémi-colectomie typique avec iléotransversostomie latéro-latérale. Péritonisation très soigneuse. Suture de la plaie au catgut. Drain au contact de l'anastomose.

Suites normales. Pas de radiothérapie.

Le malade se plaint d'un certain endolorissement épigastrique pendant plusieurs années, et de digestions pénibles. En 1930, survint une hémorragie intestinale très abondante. Depuis, ces troubles intestinaux ont complètement disparu, et le malade se sent en parfaite santé.

Revu le 25 mars 1939. Homme de 40 ans, assez obèse, toujours subictérique. Imprégnation éthylique discrète. Transit intestinal normal, foie et rate normaux. Pas de ganglions perceptibles. Numération et formule leucocytaires normales. Se sent bien et travaille régulièrement sans effort.

Examen histologique (Moulonguet) : La tumeur occupe les différentes couches de l'intestin, sous-muqueuse et musculuse, s'infiltrant en traînées, entre les faisceaux des fibres musculaires. Au fort grossissement, aspect très homogène : les éléments sont constitués exclusivement par des lymphocytes. Stroma porte-vaisseaux discret, mais net (fig. 4).

En somme, il s'agit d'un lymphocytome typique.

OBSERVATION N° 13 (Moulonguet).

*Invagination par tumeur iléocæale, hémicolectomie,
guérison récente.*

M. B.... Martial, âgé de 68 ans, fut pris au début de janvier 1939 d'une violente crise douloureuse de siège périombilical. Douleur à type de torsion, accompagné d'un ballonnement abdominal qui céda brusquement au bout de quinze à vingt minutes, en même temps que les douleurs. Ces crises douloureuses avec ballonnement le reprirent un certain nombre de fois, furent calmées facilement par le traitement médical, mais se répétèrent, à prédominance nocturne. Elles ne semblent pas rythmées par les repas. Pas de vomissements ni de selles sanglantes. A l'examen, une tumeur visible soulevant la paroi, indolore au palper, extrêmement mobile, grosse comme une orange, de siège sous ombilical ou illiaque, variable d'un jour à l'autre dans son volume et dans sa localisation.

On cherche à la situer par la radiologie ; mais non systématiques, ces recherches échouent. On croit donc à une tumeur en connexion avec l'estomac ou à une tumeur cæcale. Cette dernière impression semble se confirmer par la diminution considérable du volume de la tumeur pendant les derniers jours avant l'opération.

Intervention le 13 février 1939. Laparotomie médiane sous ombilicale. Tumeur du cæcum ou peut-être de la valvule iléocæcale, peu volumineuse, de consistance cartonnée, avec une ébauche d'invagination qu'on peut parfaitement réduire.

Fermeture du grêle, iléotransversostomie terminolatérale, fermeture en un plan.

A la suite de ce premier temps apparut une fièvre élevée en rapport avec une complication pulmonaire, et une défaillance cardiaque avec arythmie complète.

Deuxième temps : le 15 mars 1938, anesthésie locale après morphine. Incision transversale du flanc droit. Abord facile du cæcum, extériorisation du cæcum, ligature du côlon ascendant en son milieu et section entre deux soies. Enfouissement en bourse du moignon colique supérieur ; exérèse du cæcum et de l'iléon terminal ainsi que du méso après liga-

ture de deux branches artérielles. Péritonisation complète, mèche-cellophane dans le tissu sous-péritonéal. Suture partielle de la paroi.

A l'ouverture de la pièce, petite zone indurée, toute sur la paroi cæcale au voisinage immédiat de la valvule, avec une ulcération de la taille d'une lentille. Pas de ganglions dans le méso. Prélèvement de la zone suspecte.

Une numération globulaire pratiquée le 30 mars donna :

Globules rouges.....	2.900.000
Globules blancs.....	7.000
Poly.....	67
Lympho.....	20
M. mono.....	7
G. mono.....	2
Eosino.....	4
Hémoglobine.....	70

Examen histologique (Moulonguet) : La néoplasie occupe avant tout la sous-muqueuse, ulcère la muqueuse en un point, envahit et détruit la musculuse en ce même point. Stroma abondant à petites mailles, riche en vaisseaux.

Au fort grossissement, aspect très homogène formé presque exclusivement par des lymphocytes, au milieu desquels existent de nombreuses cellules endothéliales avec noyau clair et grand champ protoplasmique. A noter que cette coupe est très riche en éléments granuleux, spécialement le long des bords de la tumeur : éosinophiles adultes ou myélocytes, basophiles du type de mastocyte.

En résumé, lymphocytome avec réaction granulocytaire non exclusivement adulte.

OBSERVATION N° 14 (Desplas et Mlle Chevillon).

Tumeur lymphatique du cæcum réséquée, guérison de 7 ans 1/2.

Mlle G... Marie, âgée de 63 ans, entre à l'hôpital pour obstruction intestinale : douleurs abdominales violentes avec vomissements et distension abdominale survenant par crises

de plus en plus fréquentes, accusées et longues. Le début semble remonter à cinq ou six mois. En même temps, la malade a remarqué un amaigrissement notable, avec faiblesse croissante. Pas de fièvre.

A l'examen : l'abdomen est distendu, notamment dans la région médiane et parcouru de mouvements péristaltiques. On perçoit des bruits hydroaériques. Aucune tumeur n'est décelée au palper.

Le D est posé de sténose chronique du grêle.

Première intervention : le 19 juin 1931. Médiane sous-ombilicale. Dernière anse grêle très dilatée. Tumeur cæcale ayant toutes les apparences d'un tuberculome.

Section du grêle. Enfouissement des deux bouts et anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay entre la partie droite du côlon transverse et l'anse sectionnée.

Drainage par lame de caoutchouc. Suites normales. Sortie de l'hôpital le 18 juillet 1931.

Deuxième temps : le 13 octobre 1931. Ether.

Incision iliaque droite. Résection de la tumeur cæcale et de la partie libre du grêle préalablement sectionnée. Ligatures des artères. Fermeture du côlon ascendant près de l'angle hépatique par triple surjet. L'opération est rendue difficile par l'adhérence du côlon droit et le peu de mobilité du méso.

Drainage postérieur par Mickulicz. Trois mèches. Quelques crins sur la paroi.

Sortie le 17 novembre 1931.

Revue le 12 juin 1932. Bon état général. Fonctionnement intestinal parfait.

Revue le 31 mars 1939. Etat intestinal normal. Parfait état général. Fait encore quatre heures de ménage par jour, malgré ses 70 ans.

Examen histologique : La tumeur lymphatique occupe les couches externes de la paroi intestinale, plus spécialement la sous-séreuse. Le stroma est très abondant, à grosses travées collagènes.

Au fort grossissement, la coupe est très polymorphe, à prédominance de lymphoblastes, avec noyau assez clair, protoplasma bien visible. A côté de ces éléments, quelques amas de lymphocytes ; des plasmocytes nombreux, typiques, groupés en petits amas. Enfin des cellules plus volumi-

neuses, à noyau très foncé, à protoplasma acidophile, qui sont des éléments à tendance monstrueuse.

En résumé, il s'agit d'un lymphosarcome atypique.

OBSERVATION N° 15 (Jourdan).

Tumeur lymphatique iléo-cæcale. Résection. Guérison opératoire.

Mme D..., 50 ans, entre dans le Service du Dr Roux-Berger pour hémorragie utérine accompagnée de crises douloureuses abdominales intermittentes. Le palper bi-manuel fait découvrir un volumineux fibrome utérin (tête d'enfant). On pense qu'il s'agit d'un fibrome accompagné d'annexite sans retenir particulièrement l'hypothèse d'une affection intestinale concomitante, et on pose l'indication d'une hystérectomie.

Intervention le 27 avril 1939, anesthésie à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. Il existe effectivement un fibrome volumineux. Dès le début de l'intervention on aperçoit un appendice pathologique, augmenté de volume, œdémateux. Sans explorer davantage, on garnit le champ opératoire et on procède à une hystérectomie supra-vaginale. Celle-ci étant terminée sans incident, on revient au carrefour iléo-cæcal avec l'intention d'enlever l'appendice. On constate à ce moment qu'il existe une volumineuse tumeur qui intéresse en même temps le cæcum, l'appendice et les derniers centimètres de l'iléon.

L'épiploon et le côlon transverse adhèrent à la face antérieure du bloc tumoral mais peuvent en être séparés très aisément. La question se pose à ce moment de choisir entre une dérivation préalable et une exérèse immédiate. Craignant de trouver au cours d'un deuxième temps opératoire une tumeur inextirpable, on se rallie à cette deuxième proposition.

Une hémicolectomie droite emportant une quinzaine de centimètres de grêle est alors exécutée sans difficultés techniques particulières. Anastomose iléotransversaire latéro-latérale au fil de lin en deux plans. L'opération est exécutée sans incident ; aucune masse ganglionnaire n'est perçue dans les méso. Le drainage est réalisé par un sac de gaze et deux mèches. La paroi refaite aux crins perdus.

Suites opératoires très simples : selles spontanées au cinquième jour, ablation du méchage au neuvième jour, premier lever vingtième jour.

Examen de la pièce. Moulonguet : Aucune altération de la séreuse. Aucune altération de la muqueuse, la tumeur est réalisée par une formation blanchâtre et dure qui paraît occuper le plan de la sous-muqueuse ; elle s'étend sur la moitié interne du cæcum et les 6 derniers centimètres de l'intestin grêle. Pas de ganglions dans l'angle iléo-cæcal.

Examen histologique (Dr Gricouroff) : Sarcome lymphoïde.

Compte rendu : La tumeur occupe la sous-séreuse et la musculieuse. Le stroma est très abondant à travées épaisses délimitant des logettes.

A un plus fort grossissement, atypie et polymorphisme cellulaire. Le principal type de cellules est constitués par des lymphoblastes. Mais certaines cellules tendent à prendre une forme un peu allongée, comme fusiforme. Au milieu d'elles, éléments à noyau plus gros, très foncé, même bourgeonnant, à protoplasma assez acidophile.

En résumé, lymphosarcome atypique.

OBSERVATION N° 16 (Braine).

Tumeur lymphatique maligne de la région iléo-cæcale. Résection. Guérison de 12 ans.

Homme de 35 ans. Depuis un an amaigrissement, troubles dysentériques. Depuis trois mois, présence d'une tumeur dans le flanc droit, dure, bosselée, étendue depuis la région mésocæliaque jusqu'à la F. I. D. Syndrome de Koenig. Bon état général.

Intervention le 2 septembre 1927. Rachi. Médiante. Pas d'ascite. Tumeur énorme, blanchâtre, bosselée, fibroïde, englobant tout le cæcum, le colon droit, 5 à 6 cm. d'iléon. Une anse jéjunale haute adhère par sa convexité au côlon ascendant dans lequel elle est largement fistulisée. Ganglions très nombreux dans le méso, élastiques, du volume d'un gros haricot, s'étendant presque jusqu'à la convexité de l'anse duodénale. Appendice non envahi.

Section première de l'anse grêle fistulisée dans le côlon à

distance des lésions. Suture termino-terminale. Section ensuite de l'iléon terminal à 12 cm. du cæcum et fermeture du bout. Décollement rétropéritonéal de la tumeur de bas en haut, jusqu'à l'angle sous-hépatique. Section du transverse en tissu sain. Suture iléotransversaire, latéro-latérale. L'exérèse du méso et des ganglions est poussée loin jusqu'au voisinage du duodénum. Suture en trois plans. Péritonisation soigneuse. Drain.

Suites normales. Après deux mois, reprend sa profession de coureur cycliste, transit normal, a engraisé de 20 kilos. Pas de traitement par les rayons.

Revu le 29 mars 1939 : Poids normal (75 kgs.). Se sent bien. Bonnes digestions.

Histologie : Lecène, maladie de Hodgkin.

Institut Curie : Lymphosarcome.

Nous avons réexaminé cette coupe et le diagnostic de Lecène ne nous a pas paru étayé sur des bases indiscutées.

Cette tumeur occupe les couches externes du côlon ; plus particulièrement la sous-séreuse, elle paraît avoir largement infiltré la graisse. Elle est constituée par une tumeur très polymorphe qui possède un stroma important. Des lymphocytes, des lymphoblastes, une quantité considérable de polynucléaires et quelques cellules atypiques pas très grandes, mais à noyau très foncé, sont répartis sans ordre entre ses mailles. Réaction endothéliale.

A cause de l'atypie des éléments monstrueux, du polymorphisme cellulaire : lymphosarcome atypique (Moulonguet).

Lame de sang octobre 1927 :

Globules rouges.....	4.900.000
Globules blancs.....	14.880
Polynucléaires..	63 %
Eosino.....	12
Lympho.....	12
M. mon o.....	10,5
G. mono.....	2,5

Cinq mois après :

Lympho.....	2
M. mono.....	26,5
G. mono.....	1

F. transition	2
Poly neutro	59
Eosino.....	9
Baso.....	0,5

OBSERVATION N° 17 (Oulié)

Lympho-sarcome anorectal chez un nourrisson.

Fille de 16 mois, chez laquelle est apparue il y a huit mois une petite tuméfaction de la fosse ischiorectale gauche. Grossissant peu à peu, elle finit par atteindre le volume d'un petit œuf. Saillante sous le plancher de la fosse ischiorectale gauche, elle est immédiatement sous-cutanéomuqueuse en dedans et paraît englober le sphincter anal. La peau, mobile, glisse à sa surface. La muqueuse anale n'est pas envahie. En dehors, ses limites assez nettes sont sans connexion avec la paroi externe du creux. Le T. R. atteint le pôle supérieur qui ne remonte pas très haut. La consistance est dure, un peu dépressible au centre.

Il existe deux petites noisettes dures et mobiles dans la grande lèvre droite.

L'état général est excellent.

Radiothérapie pénétrante par deux portes d'entrée, sacrée et périnéale. Au total : 5.500 R.

Fonte rapide des tumeurs. Mais récurrence locale deux mois après et mort en quelques semaines.

Diagnostic histologique : tumeur lymphoïde (coupe mal fixée).

CONCLUSIONS

1° De notre étude basée sur 15 observations personnelles ainsi que sur les nombreuses publications il résulte que les tumeurs lymphatiques primitives et localisées de l'estomac et de l'intestin sont des tumeurs chirurgicales, et cela quels que soient leurs aspects histologiques et en dépit de leur malignité biologique.

2° Les sièges électifs de ces tumeurs sont le vestibule pylorique et la région iléocæcale. Leur point de départ est habituellement sous-muqueux.

3° Extension en surface volontiers annulaire, multiplicité non exceptionnelle, propagation ganglionnaire fréquente et d'abord locale : tels sont les aspects évolutifs qui leur appartiennent en propre.

4° Sur le grêle, elles réalisent deux variétés typiques : la tumeur annulaire rarement sténosante et la tumeur en plaque « polypoïde » à développement intra-intestinal qui tend à se compliquer d'invagination.

5° En clinique, elles se manifestent par des tumeurs qui peuvent être considérables, des troubles fonctionnels variables et nullement caractéristiques, une altération précoce de l'état général.

6° Même volumineuses, ces tumeurs sont justifiables de l'exérèse chirurgicale, à la seule condition que les plans de clivage qui les séparent d'organes vitaux ne soient pas en-

vahis. Sur 350 tumeurs gastriques, plus de 35 guérisons opératoires de plus de 3 ans ont été publiées. Sur 400 tumeurs intestinales également, plus de 35 guérisons opératoires de plus de 3 ans. Par rapport aux seules tumeurs réséquées, le pourcentage des guérisons paraît être de l'ordre de 20 %.

7° Les guérisons radiothérapiques semblent plutôt rares, quoiqu'il en existe des cas indiscutables, alors que l'irradiation semble provoquer d'une manière constante une fonte tumorale rapide. Le traitement radiothérapique doit être réservé aux formes inopérables, identifiées par biopsie.

8° Par contre, la radiothérapie post-opératoire nous paraît, notamment dans les exérèses limitées et insuffisantes, le complément thérapeutique de choix.

9° Quant à la maladie de Hodgkin, dans ces formes digestives primitives et localisées elle semble donner des résultats chirurgicaux presque toujours décevants, en dépit de quelques succès opératoires publiés.

Vu : Le Président de la thèse,

M. DUVAL.

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
A. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKERLUND. — *Acta. Chir. Scand.*, 1933, p. 711.
2. ADAM. — Thèse Paris, 1934.
3. D'AUNOY et ZOELLER. — Sarcome de l'estomac, 4 cas et revue. *Am. J. Surg.*, 1930, 444.
4. BALFOUR et Mc CANN. — Sarcome de l'estomac. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1930, L. 948.
5. BAUMGARTNER. — Lgr. estomac. *Virchows Arch. f. A. P.*, 1933, 97-105.
6. BELLELI. — Ls. du cæcum. *Rif. med.*, 1930, 1514-1519.
7. BÉRARD. — *Lyon chirurgical*, mars-avril, 1937.
8. BÉRARD et DENIS. — Multiples Ls. du grêle. Occlusion. Intervention. *Lyon chirurgical*, 1931, 522.
9. BENSAUDE, CAIN et HOROWITZ.* — Ls. du rectum. *An. de médecine*, 1929, 405-431.
10. BENSAUDE, CAIN et HOROWITZ. — 2 cas de Ls. ano-rectaux. *Arch. mal. app. dig.*, 1934, 875.
11. BIEBL. — Lgr. intestinale, *D. Chir.*, 1926, 104.
12. BOSSAERT. — S. lymphoblast. du duodénum. *J. chir. et ann. soc. belge chir.*, 1938, 182.
13. BRAINE. — Tumeur lymph. du gros et grêle. Résection. *B. M. Soc. Nat. Chir.*, 1929, 390.
14. BRIZARD, DRIESSENS et MALATRAY. — *Ann. d'A. P.*, 1936, 123.
15. BRODIN, LARDENNOIS et TEDESCO. — Ls. du jéjunum. *Arch. mal. app. dig.*, 1937, 447.
16. CABOT. — Case 23062 Ls. de l'iléon. *New Engl. J. med.*, 1937, 471.
17. CABOT. — Case 19401 Lbl. de l'estomac. *New Engl. J. med.*, 1933, 700.
18. CABOT. — Case 19222 Lbl. de l'estomac. *New. Engl. J. med.*, 1933, 1167.
19. CABY. — Ls. de l'estomac. *Ann. d'A. P.*, 1939.

20. DE CASTECKER. — 3 cas de sarcome du grêle. *Arch. mal. app. dig.*, 1931, 248.
21. CAIN, HILLEMAND et MÉZARD. — Ls. généralisé de l'estomac. *Arch. mal. app. dig.*, 1934, 337.
22. CATSARAS et GEORGANTAS. — Ls. estomac. *Virch. Arch. f. A. P.*, 216.
23. CHARACHE. — Ls. intestin. *Am. J. surg.*, 1935, 171.
24. CHEEVER. — Aspects cliniques et therap. du Ls. primitif de l'estomac et de l'intestin. *Ann. Surg.*, 1923, 911.
25. CHINI. — Local excl. duod. de la Lgr. *Policlino (med.)*, 1937, 118.
26. CHIGOT. — Fistule jepunocæcale par Ls. infecté du grêle. *Ann. d'A. P.*, 1936, 513.
27. CLAR. — Ls. estomac. *Med. Klinik.*, 1935, 552.
28. COLLINS et CARMODY. — Ls. estomac. *Am. J. dig. disease*, 1937, 885.
29. COMMANDO. — Lgr. isolée estomac. *Arch. Surg.*, 1935, 228.
30. CORONINI. — Lgr. gastro-intestinale. *Beitr. A. P.*, 1928, 403.
31. CUNY. — Ls. de l'enfant. *B. M. Soc. Nat. Chir.*, 7 mars 1934.
32. CUTLER. — Ls. du rectum. *Arch. Surg.*, 1935, 405.
33. DAINELLI. — Ls. estomac à développement exgastrique. *Ann. ital. d. chir.*, 1929, 803.
34. DAVIS. — Ls. perforé de l'estomac et de l'intestin. *Brit. M. J.*, 1937, 64.
35. DIXON. — Ls. du côlon. *S. Clin. of N. A.*, 1933, 955.
36. DIXON. — Ls. cæcum *Proc. St. meet. Mayo Cl.*, 1933, 117.
37. DIXON. — Ls. cæcum *Proc. St. meet. Mayo Cl.*, 1936, 30.
38. ESSKIND. — Lgr. isolée du grêle. *A. P. et pathogénie Acta chir. Scand*, 80, 1938, 317.
39. EVANS. — Lymphome de l'appendice. *Proc. of the Royal Soc. of médecine*, 1^{er} janv. 1932.
40. EXNER. — Le Ls. est-il une tumeur? *Arch. D. Chir.*, 1920, 189.
41. FLANDIN, MOCQUOT et ESCALIER. — Ls. estomac. *Soc. d'A. P.*, 6 janv. 1933.
42. FINSTERER. — Ls. estomac. *D. Ztsch. f. Chir.*, 1914, 514.
43. FINSTERER. — Ls. estomac après ulcère du duod. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 18, 426.
44. FINSTERER. — Sarcome du grêle guéri après 8 ans. *Med. Klin.*, 1933, 485.

45. FORBES. — Ls. estomac. *S. Clin. of N. A.*, 1933, 1361.
46. FOULON et BUSSE. — Lgr. du grêle. *Ann. d'A. P.*, 1932, 649.
47. FROBOESE. — Lgr. de l'estomac. *Beitr. Z. A. P.*, 1927, 363.
48. GALLARD MONES et ROCA DE VINALS. — Lgr. rectum. *Arch. mal. app. dig.*, 1938, 67.
49. GIBSON. — Ls. estomac. *Ann. Surg.*, 1927, p. 139.
50. GOLOB. — Ls. du sigmoïde. *Am. J. of Surg.*, 1928, 557.
51. GOSSET. — Sarcome primitif de l'estomac. *P. M.*, 1912, 221.
52. GOSSET. — Lbl. diffus de l'estomac. *B. M. Soc. Méd. Hôp. P.*, 1937, 1198.
53. GUNSETT et OBERLING. — Ls. de l'estomac, guérison rad. *Bull. Ass. fr. et K.*, 1928, 385.
54. HAMMELMANN. — Iléus par Lgr. du grêle. *Klin. Med.*, 1933, 1278.
55. HARTMANN. — *Travaux anatomo-cliniques*, III, 1906.
56. HARPER. — Résection d'un Ls. de l'estomac, dix ans après Ls. du cæcum traité par R. X. *Proc. St. m. Mayo Cl*, 1932, 515.
57. HORTOLOMEI et BUTUREAUX. — Sarcome du grêle, réapp. 7 ans après. *Soc. Nat. Chir.*, 7 juin 1933.
58. HUNT. — Lbl. de l'estomac chez l'enfant. *Ann. Surg.*, 1932, 210.
59. JACOBIVICI. — Lgr. primitive de l'estomac. *Ass. fr. ét. K.*, 126, 348.
60. JONES et CARMODY. — Ls. de l'estomac, guérison 19 ans. *Ann. Surg.*, 1935, 1136.
61. JOSSELYN DE JONG. — Lgr. primit., isolée de l'intestin. *Frankf. f. P. A.*, 1925, 54.
62. KAISER. — Radioth. d'un Ls. estomac, guérison. *Röntgenpraxis*, 1934, 233.
63. KRAMMIKER et KRATOSCHWIL. — Lgr. estomac. *D. Ztsch. f. Chir.*, 1936, 383.
64. KATO et BRUNSCHWIG. — Ls. suivi de leucémie aiguë. *Arch. Int. Méd.*, 1933, 77.
65. KELLY. — Ls. grêle. *J. A. M. A.*, 1924, 785.
66. KOCH. — Ls. grêle. *D. Ztsch. Chir.*, 1925.
67. KONJETZNY. — Ls. estomac. *Ztrbl. Chir.*, 1925, 2795.
68. KUNDRATH. — *Wien. Klin. Wehnschr.*, 1893, 211.

69. KUSS. — Ls. de l'estomac. *Soc. Nat. Chir.*, 1933, 1017.
70. LAWRENCE DE NOYELLES. — Ls. de l'intestin. *Ann. Surg.*, 1922, 226.
71. LEFORT. — Lymphocytome. Résection de l'estomac et du transverse. *Soc. Chir. Paris*, 1933, 705.
72. LECÈNE. — Tumeurs du grêle. Thèse Paris, 1903-1904.
73. LECÈNE et PETIT. — Sarcomes de l'estomac. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1904, 965.
74. LERICHE et IRMANN. — Lbl. de l'estomac. *Lyon Chir.*, 1929, 534.
75. LEVEUF et GODARD. — *Ann. d'A. P.*, 1936, 1067.
76. MARCHAND et GUIBERT. — Lgr. duodénale. *Ann. d'A. P.*, 1939, 311.
77. MALBRAND. — Sarcomes primitifs de l'intestin. Thèse Paris, 1922.
78. MATYAS-MATYAS. — Ls. primitif du vestibule. *Arch. Klin. Chir.*, 1934, p. 249.
79. MAYO et ROBINS. — Ls. de l'intestin. *S. Clin. of N. A.*, 1935, 1163.
80. MELTZ. — Sarcome lymphoblastique de l'estomac. Thèse Paris, 1937.
81. MICHON. — *B. et M. Soc. Nat. Chir.*, 1933.
82. MILANI. — Contrib. étude radiol. Ls. de l'estomac. *Radiol. Méd.*, 1938, 421.
83. NOBO GELATS et LORIE ROMEN. — Ls. du transverse. *Rev. méd. cir. Habana*, 1933, 420.
84. OGLOBINA. — Forme intestinale Hodgkin. *Acta Chir. Scand.*, 1929, 527.
85. OETTLE. — Sarcome int. grêle perforé. *D. Ztsch. Chir.*, 1935, 75.
86. PAPE. — Lgr. intestinal. *Med. Klin.*, 1936, 1212.
87. PATTISSON. — Ls. gastro-intestinaux. *Arch. of Surg.*, 1934, 907.
88. PEREZ. — Ls. grêle. *Arch. ital. di. Chlr.*, 1921, III, 12.
89. PERRY. — Ls. cæcum. *Proc. Staff. meet. Mayo Clin.*, 1929, 197.
90. PREY. — Sarcome du duodénum. *Am. J. Surg.*, 1935.
91. PHILIPS et KILGORE. — Ls. estomac. *Am. J. Surg.*, 1936, 179.
92. PISSAREWA. — Lgr. du tractus dig. *Arch. Klin. Chir.*, 1927, 79.

93. PINTO. — L. cytome malin du cæcum. *Arch. C. med. policl. Botafoga*, 1930, p. 36.
94. RANKIN. — Ls. du grêle. *Ann. Surg.*, 1924, 704.
95. RANKIN et CHUMLEY. — Ls. du côlon et du rectum. *Minnesota med.*, 1929, 247.
96. RAMON, CHÈNE et SOULÈS. — Lgr. estomac. *Arch. m. app. dig.*, 1930, 681.
97. REDWITZ (V.). — Lgr. estomac. *Ztrbl. Chir.*, 1926, 2087.
98. RIMBAUD et ANSELME MARTIN. — Lgr. estomac. *Arch. Soc. sc. mèd. et biol. Montpellier*, 1936, 337.
99. RINGDAL. — Lgr. grêle. *Norsk. May f. Laegevid.*, 1930, 634.
100. ROENTSCHELER et TRAVIS. — Ls. et L. estomac. *J. A. M. A.*, 1934.
101. RUPPERT. — Ls. prim. estomac. *Wien. Kl. Wchnschr.*, 1912, 1970.
102. SCHLAGENHAUFER. — Lgr. digest. *Virch. Arch. f. A. P.*, 227.
103. SHIODA. — Reticulos. estomac. *Ztrbl. f. Chir.*, 1934, I. 218.
104. SILVER. — L-cytome malin du grêle. *Ann. Surg.*, 1928, 934.
105. SINGER. — Lgr. isolée estomac. *Arch. Surg.*, 1931, 1001.
106. SMITH. — Ls. du rectum et sigmoïde. *Proc. St. meet. Mayo Cl.*, 1933, 437.
107. STEINDL. — Lgr. estomac. *Arch. Klin. Chir.*, 1924, 110.
108. STERLING. — Lbl. estomac. *Am. J. of Med. Scienc.*, 1923, 37.
109. STERNBERG. — Lgr. *Beitr. Path. Anat.*, 1931, 257.
110. STOLZ, GUNSETT et OBERLING. — L S du rectum, guérison 6 ans. *Ass. fr. ét. K.*, 17, 63.
111. STRAUSS. — Ls. du duodénum. *S. Clin., of N. A.*, août 1925.
112. SUSSIG. — Lgr. gastro-intest. *D. Ztsch. f. Chir.*, 1930, 345.
113. SUTTON. — Ls. du rectum. *Canad. Ass. M. J.*, 1932, 71.
114. TAYLOR. — Ls. du jéjunum. *New. Engl. J. Med.*, 1933, 642.
115. TERPLAN. — Lgr. digestive. *Virchows Arch. f. P. A.*, 237, 242.
116. THEVENOT. — Sarcome primitif de l'estomac. Thèse Paris, 1919.

117. THIEMER. — Lgr. isolé de l'estomac. *D. Ztsch. f. Chir.*, 1927, 404.
118. ULLMANN et ABESHOUSE. — Ls. grêle et côlon. *Ann. Surg.*, 1932, 878.
119. VASANT KHANOLKAR. — Lgr. iléocæcale atypique. *Ann. A. P.*, 1930, 125.
120. VASILIU. — Ulcère Lgr. gastro-intestinal. *Sang.*, 1929, III, 257.
121. VASSILA. — Ls. estomac. *Zntrbl. Chir.*, 1925.
122. WALTERS et CHURCH. — Ls. estomac, guérison 3 ans. *Proc. St. meet. Mayo Cl.*, 1934, 182.
123. WEEDEN. — Ls. du tractus gastro-intest. *Ann. Surg.*, 1929, 247.
124. WEEKS. — Sarcome du rectum. *Surg. Gyn. Obst.*, 1927, 479.

